

Учебное пособие



# ОБЩИЙ УХОД

Под редакцией Н. Г. Петровой



Санкт-Петербург  
СпецЛит

Коллектив авторов  
**Общий уход за пациентами**

«СпецЛит»

2013

## **Коллектив авторов**

Общий уход за пациентами / Коллектив авторов — «СпецЛит»,  
2013

ISBN 978-5-299-00547-9

Данное пособие составлено в соответствии с программой подготовки студентов по общему уходу. Предназначено для студентов медицинских университетов лечебного, педиатрического факультетов, а также факультетов спортивной медицины и высшего сестринского образования. В пособии содержатся основные правила ухода за пациентами при различных состояниях.

ISBN 978-5-299-00547-9

© Коллектив авторов, 2013

© СпецЛит, 2013

# Содержание

|  |    |
|--|----|
| ПРЕДИСЛОВИЕ  | 5  |
| ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ  | 6  |
| СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС  | 13 |
| БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА. ЛЕЧЕБНО-<br>ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ В ЛПУ | 18 |
| Конец ознакомительного фрагмента.                                  | 22 |

# Общий уход за пациентами

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Профессия врача требует не только современных теоретических знаний, но и овладения всеми необходимыми практическими навыками по оказанию качественной медицинской помощи больному, которая является одной из важнейших государственных задач.

Заботливый уход – неотъемлемая часть медицинской практики, включающая в себя не только оказание помощи, но и создание благоприятной атмосферы: комфортных условий, доброжелательных отношений с пациентом и его семьей.

Уход за больным – это наука и искусство одновременно. Он базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные, медицинские и биологические закономерности функционирования человеческого организма, и требует владения специфическими навыками.

Эффективность медицинской помощи во многом зависит от качества работы среднего медицинского персонала, в обязанности которого входят выполнение всех врачебных назначений, создание и обеспечение лечебно-охранительного и санитарноэпидемиологического режимов медицинских учреждений, уход за тяжелобольными, проведение санитарно-гигиенических процедур, наблюдение за состоянием пациентов и оказание первой доврачебной медицинской помощи. Такой объем практических задач требует от медицинских работников профессиональных знаний в области общего ухода за больными, а также соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии.

Высокое качество оказания медицинской помощи обеспечивается созданием безопасных условий труда, соблюдением противоэпидемического режима в ЛПУ, соблюдением требований в области стандартизации медицинской помощи, правильным выполнением тех или иных манипуляций.

Предложенное учебное пособие будет способствовать выработке у студентов необходимых практических навыков и важных профессиональных качеств, необходимых для овладения будущей специальностью, а также формированию компетентного подхода к оказанию качественной медицинской помощи.

Настоящее учебное пособие построено по единому плану. В него включено исчерпывающее, на наш взгляд, описание действий при выполнении основных сестринских манипуляций, что делает пособие полезным практическим руководством.

Авторский коллектив будет признателен всем читателям, которые пришлют свои отзывы, замечания и предложения, касающиеся формы и содержания настоящего учебного пособия.

## ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

### Этические аспекты деятельности среднего медицинского персонала

«Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания», – так писал профессор МГУ М. Я. Мудров в 1826 г.

Слово «этика» (от греч. «*ethos*» – обычай, нрав) обозначает систему моральных и нравственных норм. Деонтология (от греч. «*deontos*» – должное, надлежащее и «*logos*» – учение) изучает медицинскую этику, т. е. отношения между врачом, медицинской сестрой, больным и его родственниками. Понятие «деонтология» введено в начале прошлого столетия английским ученым и философом И. Бентамом. Основными аспектами как этики, так и деонтологии являются долг и ответственность. В этике эти проблемы рассматриваются с точки зрения моральнонравственных отношений; в деонтологии – в аспекте должностных (профессиональных) обязанностей. Долг медработника (с моральной точки зрения) – оказание медицинской помощи любому человеку вне зависимости от его социального положения и вероисповедания; с профессиональной – никогда, ни при каких обстоятельствах не совершать действия, которые могут нанести вред физическому и психическому состоянию людей. Если низкая профессиональная квалификация медицинского работника не всегда может быть распознана пациентом или его близким, то нравственный облик виден сразу. Следовательно, такие моральные качества, как сопереживание и милосердие, должны стать этической нормой для каждого медицинского работника.

Проблемы медицинской этики волновали врачей всего мира, о чем свидетельствуют дошедшие до нас вавилонские, египетские, индийские, китайские, а также русские исторические документы. Врач и мыслитель Гиппократ в своей знаменитой Клятве (V в. до н. э.) впервые сформулировал морально-этические и нравственные нормы в профессии врача. Клятва Гиппократа включает следующие аспекты:

- обязательства перед учителями, коллегами и учениками;
- непричинение вреда;
- обязательство оказания помощи больному (принцип милосердия);
- забота о пользе больного, действия в его интересах;
- уважение к жизни и отрицательное отношение к эвтаназии (абортам);
- отказ от интимных связей с пациентами;
- личное совершенствование;
- сохранение врачебной тайны (принцип конфиденциальности).

Гиппократ считал человека венцом природы. Знаменательно, что участники первого Международного конгресса по медицинской этике и деонтологии (1969 г., Париж) сочли возможным дополнить Клятву только одной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!» В Северной Америке и Европе в 2006 г. текст Клятвы был заменен «Профессиональным кодексом».

Этический кодекс медицинской сестры был разработан на основании следующих документов:

- Устав ВОЗ;

- «Лиссабонская декларация о правах пациента» Всемирной медицинской ассоциации (1981, 1995);
- «Европейский кодекс медицинской этики» (1987);
- «Декларация о политике в области прав пациента в Европе» ВОЗ (1994);
- «Этический кодекс медицинской сестры» Международного совета медицинских сестер (1973);
- «Этические кодексы медицинских сестер» (США, Великобритания);
- «Кодекс профессиональной этики психиатра» (1993);
- «Этический кодекс Российского врача» (1994);
- «Этический кодекс медсестры России» (1995);
- «Клятва врача России» (1999).

Этический кодекс медсестры включает:

- комплексный всесторонний уход;
- облегчение страданий;
- восстановление здоровья;
- реабилитацию;
- укрепление здоровья;
- профилактику заболеваний.

Данный кодекс имеет этическую основу – гуманность и милосердие. Документ состоит из 5 частей:

- общие положения;
- медицинская сестра и пациент;
- медицинская сестра и ее профессия;
- медицинская сестра и общество;
- действие Этического кодекса.

Особенно хотелось бы отметить статьи, касающиеся взаимоотношений медсестры и пациента.

*Статья 1.* Здесь речь идет о праве пациента на качественную медицинскую помощь.

Статья включает:

- уважение права на адекватную медицинскую помощь;
- оказание качественной медицинской помощи;
- оказание неотложной медицинской помощи;
- моральную ответственность перед пациентом, коллегами, обществом.

*Статья 2.* Загравиваются вопросы профессиональной компетентности, которая включает:

- соблюдение моральных и юридических прав пациента;
- соответствие профессиональным стандартам;
- совершенствование знаний и умений;
- повышение уровня культуры.

Реализацией данной статьи на практике является система образования среднего медицинского персонала, включающая: среднее профессиональное образование, повышенный уровень, высшее сестринское образование, интернатуру, аспирантуру.

*Статья 3.* Здесь говорится о необходимости гуманного отношения к пациенту, уважении его законных прав, в том числе:

- сострадание и уважение к жизни;
- облегчение страданий;
- отказ от жестокого обращения;
- отсутствие способствования самоубийству.

*Статья 4.* Речь идет об уважении человеческого достоинства пациента, а именно:

– оказание помощи любому пациенту, независимо от его пола, возраста, характера заболевания, расовой и национальной принадлежности, религиозных и политических убеждений, социального и материального положения и т. д.;

– неправомерность навязывания пациенту своих моральных, религиозных, политических убеждений;

– моральная ответственность перед пациентом, коллегами, обществом;

– недопустимость вмешательства в личную жизнь пациента.

*Статья 5.* Здесь говорится о том, что любые медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными негативными явлениями, допустимы лишь в интересах пациента.

*Статья 6.* Рассматривается право пациента на получение информации (по согласованию с врачом):

– о диагнозе и прогнозе лечения;

– о возможных рисках и преимуществах предлагаемых методов.

Кроме того, в статье предусмотрено право пациента на отказ от информации.

В исключительных случаях медсестра вправе не сообщать пациенту профессиональную информацию. Медсестра должна обучить его новым способам удовлетворения жизненных потребностей в связи с изменением образа жизни; объяснить цель назначенных врачом манипуляций, подготовить к ним пациента; ориентировать пациента на выздоровление; обучить пациента (его родственников) элементам ухода.

*Статья 7.* Здесь регламентируется право пациента на согласие или отказ от медицинского вмешательства. Моральный и профессиональный долг медсестры – разъяснение пациенту последствий отказа от медицинской процедуры. Исключение составляют дети до 15 лет (в случае отсутствия законного представителя) и недееспособные пациенты, которые тяжело переносят разлуку с матерью, отрыв от привычной обстановки, не всегда могут указать локализацию и характер боли, не умеют формулировать жалобы. Их пугают лечебные и диагностические процедуры. Во время болезни очень четко проявляются особенности характера и воспитания. Поэтому задача медсестры заключается в том, чтобы отвлечь ребенка, завоевать его доверие.

Сложным контингентом являются также подростки. Нередко они резки в общении, пренебрежительно относятся к своей болезни. От персонала требуются терпение, выдержка, уважение, умение найти подход к каждому пациенту.

Для пациентов пожилого и старческого возраста характерно чувство одиночества, беспомощности, у них ухудшаются слух, зрение, память, двигательные функции, усиливаются обидчивость, ранимость. У таких пациентов снижены возможности самообслуживания, ослаблена мотивация к лечению и выздоровлению. Поэтому для них особенно важны теплота и забота, проявляемые средним медицинским персоналом.

*Статья 8.* Эта статья посвящена профессиональной тайне (даже после смерти пациента). Пациенту гарантируется соблюдение врачебной тайны:

– о диагнозе;

– о прогнозе заболевания;

– о лечении;

– о личной жизни.

Исключение составляют случаи, предусмотренные законодательством («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»). Сведения о результатах обследования пациента, о диагнозе и прогнозе заболевания сообщаются самому пациенту или его родственникам (с разрешения пациента) только самим врачом или медсестрой (только с разрешения врача).

*Статья 9.* Здесь регламентируются взаимоотношения медсестры и умирающего больного, в том числе:

- гуманное обращение;
- достойная смерть пациента;
- квалифицированная паллиативная помощь;
- максимальный физический, эмоциональный и духовный комфорт;
- предотвращение и облегчение страданий.

Следует подчеркнуть, что **эвтаназия недопустима даже по просьбе пациента**.

*Статья 10.* В этой статье регламентируется право медицинской сестры на участие в научных исследованиях и учебном процессе. При этом **интересы пациента должны быть выше интересов общества и науки**.

*Статья 11.* Здесь рассматриваются вопросы формирования в обществе уважения к профессии медсестры, а также моральной, экономической и профессиональной независимости, а именно:

- недопустимость интимных отношений с пациентом;
- пропаганда здорового образа жизни на личном примере;
- соблюдение медицинского этикета.

Под медицинским этикетом подразумевается культура поведения:

- опрятный внешний вид (одежда, косметика, прическа, обувь);
- соблюдение внешних приличий (уважительный тон, отсутствие в лексиконе бранных и грубых слов).

*Статья 12.* Здесь рассматриваются взаимоотношения медсестры с коллегами. Они должны включать:

- взаимоуважение;
- честность;
- справедливость;
- порядочность;
- уважение к профессиональным традициям;
- высокий профессионализм;
- внутреннюю культуру поведения (отношение к труду, соблюдение дисциплины, субординации, дружелюбие).

При этом под субординацией понимается система служебного подчинения младшего старшему, основанная на правилах служебной дисциплины.

*Статья 18.* В статье речь идет об ответственности за нарушение этического кодекса. Это могут быть: взыскания за нарушение норм кодекса (замечание, предупреждение о неполном профессиональном соответствии, приостановка членства в Ассоциации медицинских сестер, исключение из ассоциации с обязательным уведомлением аттестационной комиссии).

Главный этический принцип – «Не навреди!». Для его реализации необходимо соблюдать следующие правила.

1. В тактичной форме изложите пациенту правила пребывания в данном медучреждении. Объясните смысл запретов (обеспечение комфорта и безопасности).

2. Некоторые мероприятия по уходу за пациентом удобнее выполнять вдвоем и втроем. Учитесь работать согласованно, заранее обсудите план совместных действий с коллегами.

3. Стремитесь установить психологический контакт с пациентом. Предварительно объясните ход планируемых действий. Поощряйте допустимую активность и участие пациента в выполнении всех манипуляций.

4. Пациент (особенно тот, у которого ограничена двигательная активность) часто испытывает неловкость в связи с необходимостью пользоваться посторонней помощью во время приема пищи, при физиологических отправлениях, гигиенических мероприятиях, передви-

жениях. Будьте доброжелательны и терпеливы, убедите пациента в том, что оказание такой помощи является вашей обычной работой. Важнейшим аспектом профессиональной деятельности любого медицинского работника является **общение** (способы сознательного или бессознательного психологического воздействия на людей).

Выделяют следующие уровни общения:

- внутриличностное (один человек);
- межличностное (между двумя и более людьми);
- общественное (между большими группами людей).

Для выздоровления человека очень важно, с кем он общается (дома, в палате). Для того чтобы общение оказывало положительное влияние, необходимо учитывать ряд обстоятельств.

1) Персонал не должен забывать о таком свойстве человеческой психики, как самовнушение, поэтому необходимо создать позитивный настрой у пациентов.

2) Часто болеющие люди с большим смирением и спокойствием переносят страдания, поэтому они могут положительно влиять на других пациентов.

3) Пациенты, которые заболели впервые или у которых от физического здоровья зависит вся жизнь (артисты, спортсмены), подвержены проявлениям страха.

4) У хронических больных часто наблюдаются более глубокие изменения психики. Больной может стать пессимистичным, обидчивым, чувствительным, завистливым.

5) В поведении некоторых пациентов может появляться инфантилизм, который выражается в нежелании выполнять требования персонала. Данная группа пациентов требует особо пристального внимания. Для коррекции такого поведения могут привлекаться родственники.

## Функции общения

1. Информационная (получение и сообщение необходимой информации). Информация от пациента – сведения о его самочувствии, реакции на медперсонал, лечение и пребывание в стационаре. Информация, которую получает пациент, – схема приема лекарств, характер подготовки к предстоящему инструментальному исследованию и др.

2. Экспрессивная (эмоциональная). Пациенты ждут эмоционального отклика, сочувствия, душевного тепла от медицинского персонала. Причитания над пациентом не нужны, однако холодность и отчужденность, привычка постоянно контролировать свои эмоции производят впечатление черствости и бездушности. Важно учитывать, что любые эмоции (особенно отрицательные) быстро распространяются на окружающих.

3. Регулятивная. В процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интересы, эмоциональный фон и другие «рычаги управления». В свою очередь, медсестра находится под влиянием своих пациентов и нередко (особенно в таких подразделениях, как отделение реанимации) работает в условиях хронического стресса.

Словесный (вербальный) контакт – наиболее распространенное средство выражения мыслей. О необходимости *вербального общения* писала Юнна Мориц:

Таблетки, микстура и теплое слово,  
Горчичники, банки и нежное слово, —  
Ни капли холодного, острого, злого!  
Без доброго слова, без теплого слова,  
Без нежного слова – не лечат больного!

Бессловесный (невербальный) межличностный контакт происходит на подсознательном уровне. Классическим примером является общение матери и младенца, которые прекрасно понимают друг друга, хотя речь матери еще не осмысливается ребенком.

Невербальный контакт включает в себя следующие аспекты:

1. Внешний вид, одежду, манеру держать себя. Внешний вид и поведение отражают некоторые аспекты личности медицинского работника: степень его заботы, внимания к больному, способность к сопереживанию. По мнению Гиппократа, «следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных».

2. Выражение лица, мимики и жесты («язык тела»). В качестве яркого примера приведем воспоминания доктора И. А. Шамова: «В октябре 1983 г. в Дербенте скоропостижно скончался мой односельчанин и дальний родственник, пожилой человек, которого я давно лечил от тяжелого заболевания сердца. Когда вскоре после этого я встретился с его сыном, он сказал:

– Вы знаете, весь этот месяц он жил в какой-то тревоге, беспокойстве. Дело в том, что когда он в последний раз был у вас, то приехал совершенно убитый и сказал нам: „Ох, как доктор Шамов покачал головой! Хоть он мне ничего и не сказал, но он посмотрел на мои ноги и так покачал головой!“ И эту фразу он повторял многократно в дни перед кончиной».

Выделяются четыре варианта расстояния между медработником и пациентом:

- интимное – менее 40 см;
- личное – 40 см – 2 м;
- социальное – 2 – 4 м;
- открытое – более 4 м.

В общении важно соблюдать дистанцию психологического комфорта. Общаясь с пациентом, нужно тщательно контролировать невербальную информацию, передаваемую ему. Она может дополняться паралингвистическими средствами: паузы, интонация, возгласы, восклицания; тон, звучность, тембр голоса; дикция; скорость речи.

3. Длительность общения. Пациент никогда не пойдет на контакт с медработником, если тот будет постоянно торопиться, всем своим видом показывая нетерпение и озабоченность.

Факторы, способствующие/препятствующие общению:

- тишина; конфиденциальность;
- адекватное освещение/отопление/вентиляция;
- удобная поза.

По эффективности выделяют терапевтическое (эффективное) и нетерапевтическое (неэффективное) воздействие, оказываемое на психику пациента (например, когда любящая мама успокаивает своего плачущего ребенка).

Необходимы определенные профессиональные навыки и душевные качества, чтобы общение имело терапевтический эффект. Единого рецепта здесь быть не может. Значимость терапевтического общения подчеркивают слова сирийского врача Абуль-Фараджа (XII в.): «Смотри, нас трое – я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам двоим легче будет одолеть ее. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один буду не в состоянии одолеть вас обоих».

Александр Флинт, директор Свято-Димитровского училища сестер милосердия, отмечает: «Умение общаться может во многих случаях даже заменить другие умения. Для пациента общение с вами – часть лечения».

Для обеспечения эффективного общения важны следующие аспекты:

1. Внимание к личности пациента. Медработник должен как можно лучше узнать больного: не только его фамилию, имя и отчество. Пациент должен быть интересен как личность. Любой человек нуждается во внимании. Для многих больных внимание – единственная настоящая ценность.

2. Терапевтическое прикосновение. Иногда теплое человеческое прикосновение – единственная связь с миром, остающаяся у тяжелобольного. Прикосновения могут не только сообщать о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента. Прикосновение – это терапия, не требующая дополнительного времени.

3. Зрительный контакт. Известный французский хирург Лериш рассказывал, что его, еще молодого врача, пригласили проконсультировать знаменитого маршала Фоше. После осмотра он посоветовал операцию. Маршал сказал ему: «Я обращался ко многим медицинским светилам, они тоже предлагали оперироваться, но я не соглашался. Сейчас я хочу, чтобы эту операцию мне сделали вы, потому что вы первый, кто говорил со мной, глядя мне прямо в глаза. Вам я поверил».

Достижению терапевтического эффекта может способствовать соблюдение других условий. Медработник должен:

- получить максимальную информацию о пациенте;
- попытаться создать приятную атмосферу;
- добиться доверительного отношения пациента;
- задать тон разговора;
- формулировать точные вопросы;
- делать заметки.

Немаловажное значение также имеют короткие и четкие инструкции; дозированность и простота изложения информации; использование вспомогательных средств; поощрение попыток к общению. В качестве вспомогательных средств могут использоваться карточки с рисунками (на которых изображен, например, стакан с водой или мочеприемник); физический контакт (предложите пациенту закрыть глаза или пожать вашу руку каждый раз, когда он хочет ответить «да»).

Общаясь с пациентами, следует избегать некоторых сложившихся в быту и медицине стереотипов поведения – например, таких, как избирательное или невнимательное выслушивание, когда мы слышим только то, что хотим услышать. Также недопустимо констатированное заключение. Например, на прием к врачу пришел пациент, у которого диагноз «чесотка» был, что называется, «написан» на руках и на лице. Врач повернулся к медсестре и произнес единственное слово: «Вилькинсон». Это означало, что больному следует назначить специальное лекарственное средство для лечения чесотки – мазь Вилькинсона. Медсестра выписала рецепт и молча протянула его больному. Тот взял бумажку, вышел из кабинета, а придя домой, написал жалобу. Нетрудно догадаться, о чем шла речь в жалобе пациента.

Крайне нежелательным является также безличное отношение. Иногда можно слышать, как о пациенте говорят: «диабетик», «язвенник», «ревматик». Такие определения отодвигают на задний план личность пациента, вызывая у него негативную реакцию. Некоторые медработники, обращаясь к больному, используют уменьшительно-ласкательные слова: «голубушка», «бабуля» и т. д. Тем самым они словно отгораживаются от пациента, возводят барьер между ним и собой.

Следует избегать и так называемого *неоправданного доверия*, когда медсестра поручает престарелому пациенту самому в определенные часы принимать лекарство. Пациент может забыть об этом, и лечение будет неэффективным.

В общении с больным недопустимы морализирование, критика, насмешки, угрозы.

Соблюдение перечисленных требований является не только обязательным правилом поведения медработника, но и отражением его внутренней культуры.

## СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Сестринский процесс представляет собой американскую и западноевропейскую модель сестринского дела, которая в настоящее время применяется в 50 странах мира. Эта реформаторская концепция зародилась в США в середине 50-х гг. и за четыре десятилетия полностью доказала свою эффективность.

Сестринский процесс (СП) – это обеспечение максимально возможного для пациента в его состоянии физического, психосоциального и духовного комфорта. Сестринский процесс направлен на поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении 14 основных потребностей организма или на обеспечение спокойной смерти.

Сестринский процесс состоит из пяти этапов.

1. Сестринское обследование (сбор информации о состоянии здоровья пациента).
2. Сестринский диагноз (выявление проблем пациента).
3. Планирование (определение целей).
4. Реализация плана ухода за пациентом.
5. Оценка эффективности предоставляемого ухода и коррекция (в случае необходимости).

Сестринский процесс – это своеобразный научный протокол (алгоритм) самостоятельной профессиональной деятельности медсестры. Врач и медсестра выполняют различные задачи, направленные на решение одной цели. Задачи врача – поставить правильный диагноз и назначить лечение. Врач обследует пациента, для того чтобы выявить нарушения функции внутренних органов и систем и установить их причину. Задачи медсестры – обеспечить пациенту максимальный комфорт в пределах своей компетенции, постараться облегчить его страдания при нарушенном удовлетворении потребностей (возникновение проблем, связанных с болезнью).

Абрахам Маслоу в 1943 г. разработал иерархию потребностей, представленную в виде пирамиды (рис. 1).



Рис. 1. Иерархия потребностей по А. Маслоу

Как видно из рис. 1, на низшей ступени данной пирамиды – физиологические потребности. Без удовлетворения потребностей низшего порядка невозможно думать об удовлетворении потребностей высшего уровня.

Потребность с точки зрения ее медицинского обеспечения – это психологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека. По теории А. Маслоу, их четырнадцать.

1. Дышать.
2. Есть.
3. Пить.
4. Выделять.
5. Двигаться.
6. Быть здоровым.
7. Поддерживать температуру тела.
8. Спать и отдыхать.
9. Быть чистым.
10. Избегать опасности.
11. Общаться.
12. Иметь жизненные ценности.
13. Работать, играть и учиться.
14. Одеваться и раздеваться.

**1-й этап СП.** Необходимо выяснить, удовлетворение каких именно потребностей и в какой степени нарушено. То есть проводится идентификация нарушений удовлетворения основных потребностей, что документируется в сестринской истории болезни.

**2-й этап СП** – постановка сестринского диагноза. Сестринский диагноз – это клиническое суждение медсестры, в котором дается описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациента на болезнь и свое состояние (табл. 1). Понятие «сестринский диагноз» впервые появилось в Америке в середине 1950-х гг. и было официально признано и законодательно закреплено в 1973 г.

Например, при медицинском диагнозе «острый аппендицит» могут иметь место следующие сестринские проблемы: острая боль в животе, лихорадка, тошнота, рвота, страх перед операцией.

Таблица 1

**Отличия врачебного диагноза от сестринского**

| Врачебный диагноз  | Сестринский диагноз  |
|--|--|
| Выявление конкретного заболевания, сущности патологического процесса, происходящего в организме                                    | Описание внешней ответной реакции пациента на наличие патологического процесса в организме             |
| В основе – нарушение функций различных органов и систем и его причины, т. е. патофизиологические и патологоанатомические изменения | В основе – нарушения удовлетворения основных человеческих потребностей как результат нарушения функций |
| Не изменяется  | Изменяется несколько раз   |
| В терминах врачебной компетенции   | В терминах сестринской компетенции   |

К физиологическим проблемам пациента могут быть отнесены:

- недостаточное или избыточное питание;
- острая или хроническая боль;
- отеки или обезвоживание;
- удушье;
- нарушение глотания;
- недостаточная самогигиена;
- нарушение речи, памяти, внимания;
- лихорадка.

Среди психологических и духовных проблем пациента выделяются:

- страх, тревога, беспокойство;
- дефицит досуга;
- недоверие к медицинскому персоналу;
- отказ от приема лекарств;
- неэффективная адаптация семьи к наличию заболевания у одного из ее членов;
- конфликтная ситуация в семье, усугубляющая состояние здоровья пациента;
- страх смерти;
- чувство ложной вины перед близкими из-за своего заболевания и др.

Социальными проблемами пациента могут быть:

- социальная изоляция;

- беспокойство о финансовом положении (например, в связи с выходом на инвалидность);

- невозможность купить лекарственные препараты.

Все проблемы пациента можно разделить на имеющиеся (то, что есть сейчас) и потенциальные (то, что может быть). Из имеющихся проблем выделяют приоритетные, т. е. первоочередные проблемы пациента, которые в большей степени тяготят его в настоящий момент. Приоритетных проблем может быть 2 – 3. На них должно быть сконцентрировано основное внимание среднего медицинского персонала.

**3-й этап СП – планирование.** Во время планирования отдельно для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода.

Требования к целям:

- должны быть реальными, достижимыми;
- должны иметь конкретные сроки достижения;
- должны находиться в пределах сестринской компетенции;
- должны формулироваться понятным для пациента языком (без профессиональной терминологии).

По срокам цели могут быть краткосрочные (меньше недели) и долгосрочные (недели, месяцы после выписки).

Каждая цель включает:

- действие;
- критерий (дата, время, расстояние);
- условия (с помощью кого-либо / чего-либо).

Пример постановки цели: пациент пройдет с помощью костылей 5 м на 7-й день. То есть здесь присутствует: действие – условие – критерий. После формулирования целей медсестра составляет план ухода за пациентом – письменное руководство по уходу, представляющее собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода. Например, если целью является поддержание боли на уровне терпимой в предоперационный период.

План сестринского ухода может включать следующие действия:

- придание пациенту наиболее удобного положения;
- обеспечение приема болеутоляющих средств каждые 2 ч (в соответствии с назначениями врача);
- обучение пациента технике расслабления;
- словесное внушение и отвлечение внимания.

**4-й этап СП – реализация плана ухода за пациентом.** Сестринские действия подразумевают 3 типа вмешательств:

- зависимое;
- независимое;
- взаимозависимое.

Зависимое вмешательство – это такие действия медсестры, которые выполняются по требованию или под наблюдением врача (инъекции различных препаратов, смена повязок, промывание желудка). Однако и в этом случае сестра должна не автоматически выполнять указания врача, а учитывать индивидуальные особенности пациента. Независимое вмешательство – это действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе (без указаний врача). Например: обучение пациента приемам ухода за собой, наблюдение за адаптацией пациента к болезни, оказание помощи пациенту в самообслуживании, рекомендации пациенту относительно восстановительной активности и отдыха в течение дня, организация досуга пациента.

Взаимозависимое вмешательство – подразумевает активное сотрудничество с врачом или другим специалистом в области здравоохранения (физиотерапевтом, диетологом, инструктором ЛФК и др.).

**5-й этап СП – оценка эффективности ухода.** Он включает:

- оценку степени достижения целей (что позволяет измерить качество ухода);
- изучение ответной реакции пациента на факт пребывания в стационаре;
- активный поиск и оценку новых проблем пациента.

Систематическая оценка эффективности ухода требует от медсестры умения мыслить аналитически, сравнивая ожидаемые результаты с достигнутыми. Когда цель не достигнута, медсестра должна выяснить причину. При этом весь сестринский процесс повторяется заново в поисках допущенной ошибки. Результатом может быть:

- изменение самой цели (с тем, чтобы сделать ее достижимой);
- пересмотр сроков достижения целей;
- внесение необходимых изменений в план сестринской помощи.

Таким образом, **сестринский процесс** – необычайно гибкий, живой и динамичный процесс, обеспечивающий постоянный поиск ошибок в уходе за пациентом и систематическое внесение корректив в план сестринской помощи. В центре сестринского процесса – пациент как уникальная личность, активно сотрудничающая с медперсоналом.

## БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА. ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ В ЛПУ

Любая среда, в которой живет человек, имеет определенные факторы, отрицательно на него влияющие (факторы риска). Чтобы сохранить здоровье, человек должен быть хорошо к ним адаптирован. Пациент попадает в стационар со сниженной способностью к адаптации – ослабленным, страдающим физически и психологически как от самой болезни, так и от непривычной для него больничной обстановки. Госпитализация всегда является стрессом для организма. И сама болезнь, и новая окружающая среда вынуждают человека изменить привычный образ жизни и по-новому удовлетворять свои потребности. Поэтому задачей медицинского персонала является максимальное устранение влияния факторов риска на пациента и создание в ЛПУ таких условий, которые обеспечат ему безопасность на протяжении всего времени нахождения в стационаре.

Необходимо также помнить, что если на больного человека факторы риска действуют только в течение определенного времени, то медперсонал подвержен их влиянию постоянно. И когда медицинский работник не знает, как защитить себя от негативного воздействия этих факторов, неизбежен вред его собственному здоровью.

*Безопасной больничной средой* называется та среда, которая обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять все жизненно важные потребности.

Безопасную больничную среду создают:

- режим инфекционной безопасности;
- мероприятия, обеспечивающие соблюдение личной гигиены пациентом и медперсоналом;
- лечебно-охранительный режим.

Режим инфекционной безопасности достигается путем:

- *дезинфекции* – уничтожения болезнетворных бактерий;
- *стерилизации* – уничтожения всех видов и форм бактерий и вирусов, включая споры;
- *дезинсекции* – уничтожения насекомых;
- *дератизации* – уничтожения грызунов.

Обеспечить соблюдение личной гигиены можно путем:

- личной гигиены пациента (уход за кожей и естественными складками, уход за слизистыми, своевременная смена нательного и постельного белья, профилактика пролежней, обеспечение судном и мочеприемником);
- личной гигиены медперсонала (использование соответствующей спецодежды, наличие сменной обуви, чистота тела, рук).

*Лечебно-охранительный режим* – это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психологического комфорта пациентов и медицинского персонала. До настоящего времени действовал Приказ МЗ СССР от 16.11.1987 № 1204 «О лечебно-охранительном режиме в лечебно-профилактических учреждениях». В соответствии с ним лечебно-охранительный режим включает:

- режим эмоциональной безопасности;
- правила внутреннего распорядка и выполнения медицинских манипуляций;
- режим рациональной двигательной активности.

I. Режим эмоциональной безопасности включает:

- устранение отрицательного влияния больничной среды на эмоциональную сферу, психику человека;

– создание положительного эмоционального настроения у пациентов, что поможет им легко адаптироваться к условиям стационара.

Для этого необходимо:

- поддерживать в учреждении спокойную, доброжелательную обстановку;
- не допускать громких разговоров;
- общаться со всеми вежливо и доброжелательно;
- не включать громко радио и телевизор;
- продумать интерьер, удобно расставить мебель, оборудовать помещения для отдыха пациентов и медперсонала;
- обеспечить организацию досуга пациентов, возможность заняться какой-либо деятельностью;
- убирать медицинские инструменты, предметы ухода, кровь, выделения, которые могут вызвать у пациентов отрицательные эмоции;
- позаботиться о рациональном заполнении палат, что поможет всем пациентам удовлетворить потребность в общении;
- не раздражаться по поводу страхов и стеснительности пациентов, обеспечить им эмоциональную поддержку при проведении каждой манипуляции.

Весьма актуальной является проблема эмоциональной безопасности для медицинских работников. Работа, связанная с уходом за больными людьми, требует особой ответственности, большого физического и эмоционального напряжения. Это приводит к тому, что медперсонал постоянно находится в состоянии стресса (эмоционального шока).

*Факторы риска возникновения стресса у медперсонала*

1. Высокий уровень моральной ответственности за жизнь и здоровье пациента.
2. Выполнение множества обязанностей, связанных с уходом за тяжелобольными и умирающими пациентами.
3. Профессиональный риск инфицирования.
4. Ситуации, связанные с проблемами в общении (требовательные пациенты, обеспокоенные родственники, нервничающие коллеги).
5. Особый режим дня (суточные / ночные дежурства).

Крайним проявлением накопленного стресса является нервное истощение – явление, возникающее из-за постоянных стрессовых ситуаций. Его признаки:

- физическое истощение: быстрая утомляемость, общая слабость, частые головные боли, снижение аппетита, нарушение сна;
- эмоциональное напряжение: депрессия, чувство беспомощности, неуверенности в себе, раздражительность, замкнутость;
- психологическое напряжение: негативное отношение к себе, к окружающим, к жизни вообще. Ослабление внимания, забывчивость, рассеянность.

К факторам, которые могут ослаблять влияние стресса, можно отнести:

- любовь к своей профессии;
- умение сосредоточиться на положительных моментах;
- эффективное общение с коллегами;
- здоровый образ жизни;
- рациональную организацию труда и отдыха;
- соблюдение правил этики и деонтологии.

II. Правила внутреннего распорядка во многом обеспечивают успех лечебной деятельности. Эти правила в первую очередь включают режим дня, а именно:

- своевременное питание;
- выполнение гигиенических и лечебно-диагностических мероприятий;
- полноценный отдых;

– поддержание соответствующего санитарного состояния в палатах. Соблюдение правил внутреннего распорядка позволяет обеспечить:

– условия для наиболее эффективного способа удовлетворения всех основных потребностей пациента, а значит – качественный уход;

– слаженную работу всего медицинского коллектива и рациональное использование рабочего времени каждого сотрудника;

– профилактику несчастных случаев, риск которых в условиях стационара достаточно высок как для пациента, так и для медработника.

Медсестра должна знакомить с правилами внутреннего распорядка всех поступающих на отделение пациентов и их родственников.

III. Режим рациональной двигательной активности подразумевает наличие индивидуального режима для каждого пациента. Режим может быть строгим постельным, постельным, палатным (полупостельным) и общим.

Цели назначения режимов:

– ограничить физическую активность пациентов;

– уменьшить боль, в том числе послеоперационную;

– дать возможность ослабевшему и истощенному пациенту собраться с силами и отдохнуть.

При строгом постельном режиме:

– не разрешается вставать, садиться, активно двигаться в постели, поворачиваться;

– гигиенические процедуры, физиологические отправления осуществляются в постели;

– медсестра ухаживает за пациентом, кормит, проводит гигиенические мероприятия.

При постельном режиме:

– разрешается поворачиваться и садиться в постели, но не покидать ее;

– кормление и гигиенические процедуры помогает пациенту выполнять младшая медицинская сестра.

При полупостельном режиме:

– разрешается передвигаться в пределах палаты, сидеть на стуле около кровати;

– кормление осуществляется в палате;

– гигиенические процедуры пациент может осуществлять самостоятельно или с помощью медицинской сестры.

При общем режиме:

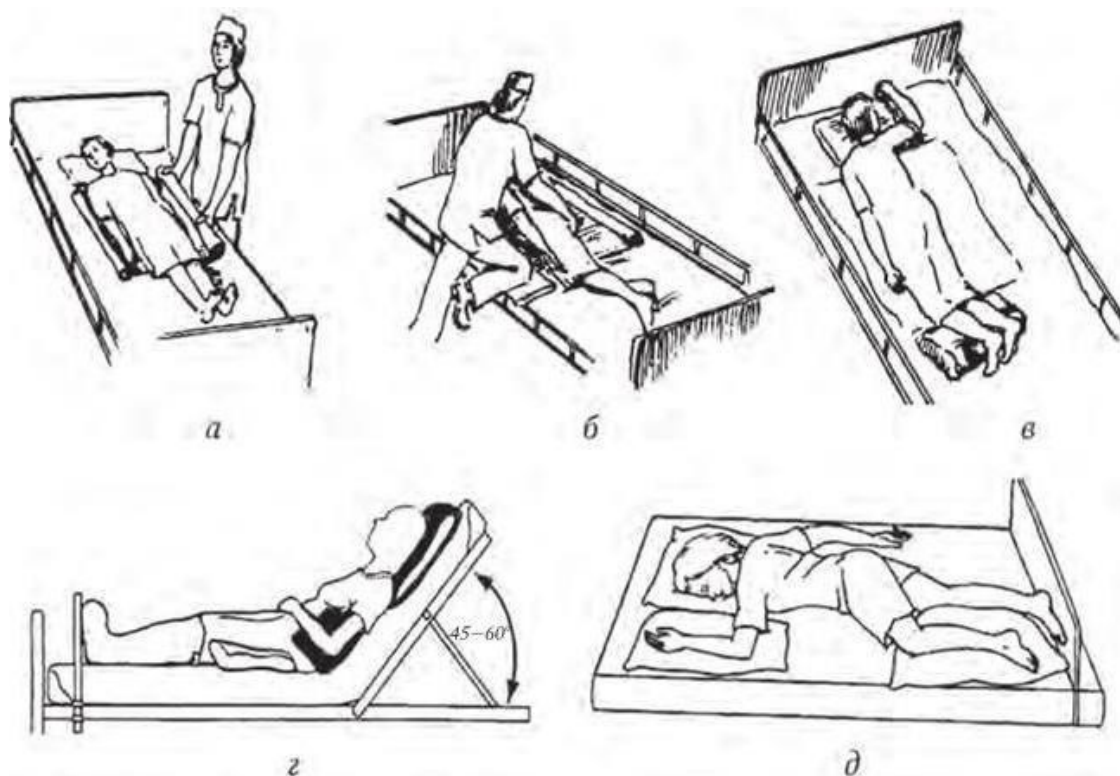
– пациент самостоятельно себя обслуживает;

– пациент самостоятельно осуществляет гигиенические процедуры;

– пациенту разрешается свободно ходить по палате, по коридору, в столовую;

– могут быть разрешены прогулки по территории больницы.

На рис. 2 представлены варианты положения пациента в постели: лежа на спине, лежа на боку, лежа на животе. Положение Симса – промежуточное положение между положением на боку и положением на животе, а в положении Фаулера приподнят головной конец.



*Рис. 2.* Положение пациента в постели:  
лежа на спине (*a*); лежа на боку (*б*); лежа на животе (*в*); положение Фаулера (*г*); положение Симса (*д*)

Постельное белье должно быть чистым. Простыни не должны иметь рубцов и швов, а наволочки – узлов и застежек на стороне, обращенной к больному (рис. 3). Для удобства пациента целесообразнее использовать функциональную кровать.

На рис. 4 показаны действия медицинской сестры и приспособления для придания удобного положения больному в постели. Все лица, принимающие участие в перемещении пациента, должны владеть техникой перемещения. Основные требования: приподнимание пациента над постелью (исключаются трение и срывающая сила), правильная биомеханика тела людей при осуществлении перемещения (исключается риск травмы спины). Также необходимо предусмотреть любую возможность для пациента самостоятельно уменьшать давление на ткани (например, поручни или кольца под кроватью).

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.