

Лекция №3

Принципы сестринского ухода при детских инфекциях.

Уход за больными детьми, независимо от профиля инфекц.стационара составляет важную часть лечебных мероприятий, способствующих выздоровлению пациентов. В условиях инфекционного стационара обеспечение правильного ухода за больными имеет особо важное значение, поскольку способствует не только физической и психологической поддержке больных, но и предотвращению развития осложнений.

При уходе за инфекционными больными необходимо учитывать степень общетоксических органных поражений при определенных заболеваниях. Чаще проявления интоксикации при ИБ имеют общие закономерности и сходную клиническую картину.

В разгар заболевания вследствие выраженной лихорадочной реакции и интоксикации инфекционные больные, особенно при тяжелых и среднетяжелых формах, должны соблюдать постельный режим.

В таких условиях возможности больных по самообслуживанию ограничены, и они нуждаются в постоянной помощи и уходе медицинского персонала. Отсюда и специфика ухода за больными в условиях пребывания их в постели. По мере выздоровления, когда больному разрешают вставать с постели, уход за ним сводится в основном к выполнению санитарно-гигиенических мероприятий.

ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

Инфекционные больные могут весьма своеобразно реагировать на окружающую обстановку, что объясняется особенностями развития заболевания.

Так, больные с брюшным тифом в период разгара заболевания бывают замкнуты, немногословны, неохотно вступают в словесный контакт, у них часто нарушается сон, а больные с сыпным тифом, наоборот - эйфоричны, словоохотливы, не всегда адекватно оценивают свое состояние. Даже больные с легким течением инфекционных болезней также своеобразно могут реагировать на больничную обстановку, что объясняется не только характером инфекционного процесса, но и особенностями нервно-психического склада самого больного.

Т.к. микробы и их токсины воздействуют на ЦНС, то у больных часто наблюдается повышенная утомляемость, неустойчивость настроения, раздражительность, плаксивость, быстрая истощаемость психики, легкая внушаемость.

Столь разное психологическое состояние пациентов требует от медицинской сестры терпения и выдержки. Ни при каких обстоятельствах не следует показывать раздражения. Медицинская сестра своим вниманием к пациенту, чутким отношением создает обстановку покоя, которая способствует скорейшему выздоровлению.

Искреннее внимание к больному, спокойная и терпеливая реакция на просьбы и даже капризы, готовность оказать помощь иногда могут быть более эффективными, чем лекарственная терапия.

В присутствии больного, даже если он находится в бессознательном состоянии, недопустимо вести разговоры о тяжести его состояния. Наоборот, в беседах с больным надо укреплять его веру в благоприятный прогноз заболевания.

В палатах необходимо соблюдать и поддерживать чистоту и порядок, регулярно проветривать их, поддерживая температуру воздуха 18 — 20 °С. В отделении, где находится больной, следует постоянно соблюдать тишину и покой, особенно в ночные часы. Категорически недопустимы громкие разговоры и смех в палатах и коридорах. Необходимо помнить, что внезапно появившийся шум плохо переносится больными.

Медицинский персонал отделения должен постоянно следить за чистотой постели и белья больного ребёнка, поскольку это создает определенный комфорт и улучшает настроение больного. При потопотделении нательное белье нужно менять по мере необходимости, не следует повторно использовать высушенное, пропитанное потом белье.

Нельзя допускать, чтобы лихорадящий больной находился в прохладном и влажном белье, поскольку это может привести к развитию осложнений (пневмонии и т.д.). Перед каждой сменой нательного белья тело больного необходимо насухо протереть.

постельное белье должно быть удобным, на простыне и наволочке не должно быть складок. Особенно внимательно за этим необходимо следить у тяжелых (лежачих) больных. Нельзя допускать, чтобы белье под больным было влажным или мокрым. У тяжелобольных, которые находятся в бессознательном состоянии, часто бывают непроизвольные мочеиспускание и дефекация. В этих случаях во избежание частой смены всего постельного белья рекомендуется под таз больного подкладывать клеенку, покрытую пеленкой подстилкой, которые меняются по мере загрязнения. Это позволяет дольше сохранить постельное белье сухим и чистым. При смене постельного белья у тяжелобольных их или приподнимают на руках, или осторожно передвигают в постели сначала к одному ее краю, снимают старую и застилают новую простыню, а затем к другому краю и проделывают аналогичные процедуры. При этом необходимо проследить, чтобы на простыне не было складок. О каждой смене белья медицинская сестра должна делать пометку в истории болезни или в температурном листе.

Больничные режимы

В зависимости от характера инфекционного заболевания, его стадии и периода, больному ребёнку предписываются различные виды больничных режимов, являющиеся наиболее благоприятными для его выздоровления.

Медицинский персонал должен строго следить за соблюдением больными режима, который им предписал врач. Нарушение постельного режима больными может привести к развитию серьезных осложнений. В то же самое время длительное пребывание больных в лежачем положении может вызвать развитие застойных явлений в легких и развитие пневмонии, что резко ухудшает их и без того тяжелое состояние.

.

Расширение больничного режима (особенно переход от постельного к полупостельному) является ответственным шагом, и в таких случаях его следует делать постепенно, разрешая на первых порах больному только садиться в постели. Следует помнить, что у лиц старшего возраста возможны патологические реакции со стороны сердечно-сосудистой системы при излишне быстром переходе на полупостельный режим.

Медицинские сестры должны следить за больным и не допускать его длительного пребывания в одном и том же положении (например, на спине), для чего следует переворачивать больного время от времени с одного бока на другой. Если больной ослаблен или находится в бессознательном состоянии, для удержания его в положении на боку необходимо подложить под спину подушку. Менять положение больного в постели необходимо с большой осторожностью и без резких движений. Режим больного может изменить только его лечащий врач.

Уход за кожными покровами и слизистыми оболочками.

Медицинский персонал должен постоянно следить за чистотой кожи больных. Если больной не в состоянии самостоятельно пользоваться ванной или душем, то необходимо делать обтирание кожи. Лихорадка не является противопоказанием к проведению гигиенических мероприятий. Кожу тяжелых больных нужно систематически обмывать (не менее двух раз в сутки), особенно тщательно следя за ее состоянием в области промежности, подмышечных впадинах, межпальцевых пространствах, а у женщин и под молочными железами. У тяжелых больных, находящихся в бессознательном состоянии, при недостаточном уходе быстро развивается раздражение кожи, образуются опрелости и могут появиться пролежни и гнойнички.

Ранним признаком формирования пролежней является появление на коже в месте постоянного давления болезненного красного пятна, которое в дальнейшем темнеет, затем формируется некроз с образованием глубоких, плохо заживающих язв.

Необходимо также следить за чистотой половых органов и заднего прохода больных, находящихся на строгом постельном режиме. Кожу таких больных следует обмывать после каждой дефекации, а затем обтирать насухо.

Перед каждым приемом пищи больной должен мыть руки с мылом. Необходимо следить за его ногтями, которые должны быть коротко острижены.

Уход при нарушении функции органов дыхания.

У ряда инфекционных больных (корь, дифтерия), особенно при ОРВИ, в патологический процесс вовлекаются органы дыхания. В носовой полости, трахее и бронхах у них скапливается и загустевает слизь, это создает благоприятные условия для размножения патогенной бактериальной флоры и развития осложнений (пневмония, трахеит), которые утяжеляют состояние больного. Для профилактики этих осложнений нужно следить за чистотой и проходимостью дыхательных путей, создавать больному положение в постели, облегчающее его дыхание, проводить дыхательную гимнастику.

Для разжижения и облегчения отхаркивания густой мокроты делают ингаляции с препаратами, стимулирующими отхаркивание, ставят горчичники.

Уход при нарушении функции органов пищеварения.

У инфекционных больных, особенно в острой стадии заболевания, часто наблюдается нарушение функции органов пищеварения. Как правило, у больных отмечается снижение аппетита, вплоть до анорексии (полного отсутствия аппетита). Снижение аппетита в острую стадию, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания, является скорее нормальной реакцией организма на болезнь, поскольку в этот период отмечается снижение секреторных функций пищеварительных желез. Не следует поэтому стремиться насильно кормить такого больного ребёнка, так как это может вызвать появление рвоты.

Иначе обстоит дело с приемом жидкости. У инфекционных больных с лихорадкой всегда имеются нарушения водного баланса, поэтому ограничивать им прием жидкости не следует, особенно с учетом того факта, что повышение температуры тела сопровождается дополнительной потерей жидкости.

Если больной ребёнок находится в бессознательном состоянии или у него нарушено глотание вследствие паралича глотки или других причин, то поступление жидкости и кормление таких больных должны осуществляться только через специальный зонд, введенный в желудок через нос. Таким больным через зонд вводятся также и лекарственные средства.

Диета больному назначается лечащим врачом, а в обязанности медицинской сестры входит контроль за ее соблюдением. Больные должны принимать пищу небольшими порциями 4—5 раз в сутки. Больные, не имеющие ограничений в режиме, обычно питаются в столовой, а лежачим больным пищу подают в постель.

В инфекционных больницах в основном используют следующие столы (диеты) лечебного питания:

- 1. *Стол № 2***
- 2. *Стол № 4***
- 3. *Стол № 5***
- 4. *Стол № 13***
- 5. *Стол № 15***

Помощь при рвоте: У инфекционных больных рвота может быть желудочного и центрального генеза.

«Желудочная» рвота типична для больных с пищевыми токсикоинфекциями и другими острыми кишечными инфекциями. У таких больных отмечается тошнота, которая предшествует рвоте. Несмотря на то, что «желудочная» рвота у больных с пищевыми токсикоинфекциями является защитной реакцией организма, она причиняет больному сильное беспокойство. В таких случаях хороший эффект оказывает *промывание желудка*.

Особенно опасно появление рвоты у больных, находящихся в бессознательном состоянии, так как при отсутствии должного внимания со стороны медицинского персонала рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и стать причиной смерти.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Сложившиеся в нашей стране представления о медсестре как о помощнике врача свидетельствует о недооценке ее роли в системе здравоохранения. Реформа сестринского дела, проводимая в нашей стране с 1993г, ориентированна на повышение престижа и социального статуса медсестры и на достижение качественно нового уровня ее работы с пациентом. Именно медсестры работают в непосредственном контакте с пациентом и от их знаний, умений, отношения к больному во многом зависит качество мед. обслуживания в целом. В функции медсестры входит осуществление сестринского ухода. Сюда относится проведение профилактических мероприятий, сестринское вмешательство, реабилитация, психологическая помощь в отношении самого больного или членов его семьи и др. Эффективность данной функции намного выше, если она осуществляется в рамках сестринского процесса.

ПРИМЕРЫ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ (СЕСТРИНСКИХ ДИАГНОЗОВ)

В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ:

снижение уровня гигиены (дефицит навыков самопомощи)

длительное изменение паттернов питания

изменение паттернов выделения

нарушение сна

неэффективность системы терморегуляции

нарушение аппетита

нарушение вкуса

брезгливость по отношению к себе или окружающим

слабость

нарушение зрения

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ

нарушение самооценки, в т.ч. чувство вины

нарушение схемы тела

нарушение личностной идентичности

чувство заброшенности

высокий уровень тревожности

страх заразить близких

утрата контроля над ситуацией в

профессиональном, деловом и других аспектах

бессилие

неэффективные механизмы совладания со

стрессом

потеря надежды

чувство беспомощности

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ

социальная изоляция

ограничение прав (настоящее и потенциальное)

**нарушение семейных коммуникаций, в т.ч. отказ семьи от
пациента (нарушение модели семейных отношений)**

финансовые трудности, в т.ч. необходимость

значительных дополнительных затрат

высокий риск заражения окружающих

высокий риск заражения окружающими

нарушение социальных коммуникаций