

**«ОСОБЕННОСТИ
СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА
ИНФЕКЦИОННЫМИ
БОЛЬНЫМИ. СЕСТРИНСКИЙ
ПРОЦЕСС. СЕСТРИНСКИЙ
ДИАГНОЗ»**

План

Понятие ухода, его составляющие.

2. Особенности ухода за инфекционными больными.
3. Уход за кожными покровами и слизистыми оболочками.
4. Уход при нарушении функции пищеварения.
5. Сестринский процесс: определение, этапы.
6. Сестринское обследование: субъективное и объективное.
7. Проблемы пациента. Сестринский диагноз.
8. Планирование сестринского ухода.
9. Реализация плана ухода. Виды сестринских вмешательств.
10. Оценка сестринских вмешательств.





«Уход»

**это наблюдение за
физиологическими функциями
организма и помощь при их
нарушении.**

Основные составляющие ухода:

1. Общее состояние больного его самочувствие;
2. Состояние кожи и слизистых;
3. Состояние основных функций организма:
пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой,
мочевыделительной, нервной и т.д.
4. Личная гигиена;
5. Участие в лабораторном обследовании пациента;
6. Выполнение простейших физиотерапевтических действий: постановка горчичников и т.д.

При осуществлении ухода медицинская сестра должна учитывать:

-  основные клинические проявления, осложнения, особенности течения инфекционных заболеваний;
 -  место проведения сестринского процесса и ухода (стационар или поликлиника, на дому)
 -  требования инфекционной безопасности;
 -  изменение социального статуса пациента, связанное с его изоляцией или потенциальной угрозой для общества;
-
- степень осознания пациентом необходимости следовать режиму дня, диете, ограничению общения, необходимости выполнения процедур;
 - отношение пациента, а также членов его семьи к своему заболеванию;
 - желание и готовность пациента к самообслуживанию;
 - наличие и доступность медицинской помощи и финансовых средств.

Особенности ухода за инфекционными больными.

1. Изоляция больных в боксах и полубоксах.
2. Ограничение контактов (отсутствие общих столовых, комнат отдыха, свиданий с родственниками).
3. Проведение физиотерапевтических процедур в палатах.
4. Проведение очаговой (текущей и заключительной) дезинфекции у постели больного.
5. Строгое соблюдение лечебно-охранительного режима.

Лечебно-охранительный режим

**Это комплекс мероприятий,
направленных на восстановление и
сохранение состояния физического и
психического покоя пациента,
необходимый для скорейшего
выздоровления пациента**

ВИДЫ БОЛЬНИЧНЫХ РЕЖИМОВ

1. строгий постельный, при котором больному запрещается даже самостоятельно двигаться в постели и менять положение тела;
2. постельный, при котором больной не должен самостоятельно приподниматься, садиться и вставать;
3. полупостельный, при котором больной должен большую часть суток находиться в постели и ему разрешается вставать только для посещения туалета или приема пищи;
4. общий, при котором больной в зависимости от желания и самочувствия может лежать, сидеть, ходить.

Персонал обслуживающий инфекционных больных обязан



- приходя на работу снимать личную одежду, обувь и надевать спецодежду;
- размещать домашнюю одежду и спецодежду в разных шкафах;
- при возникновении очага ООИ и работе в нем, проходить санитарную обработку;
- периодически обеззараживать свой шкаф;
- во время ухода за больными следить за чистотой рук (ногти должны быть коротко подстрижены) и спецодежды, осуществлять первый (социальный) и второй (гигиенический) уровни обработки рук;
- при наличии на руках порезов, ссадин, а также при работе связанной с приготовлением мазков, разборкой белья - надевать перчатки;
- при входе в боксы для больных с воздушно-капельной инфекцией надевать маски;

При уходе за инфекционными больными запрещается:

- садиться на кровать больных;
- появляться в отделении без спецодежды;
- выходить в спецодежде за пределы инфекционной больницы;
- надевать верхнюю одежду на спецодежду;
- уносить спецодежду домой;
- появляться в буфете или столовой в спецодежде;
- принимать пищу в коридорах, палатах;
- переходить из одного отделения в другое или входить в боксы, палаты без особой на то надобности.

Уход за кожными покровами и слизистыми оболочками.

Профилактика пролежней должна
проводиться в соответствии с
отраслевым стандартом «Протокол
ведения больных. Пролежни». №91500.
11. 0001 – 2002г.

Уход при нарушении функции пищеварения

Инфекционным больным в зависимости от характера, тяжести и периода болезни назначают различные пищевые рационы. Используют следующие столы (диеты) лечебного питания: № 2,4.5.13.15.

Цель назначения питьевого режима у инфекционных пациентов



снятие интоксикации, снижение температуры. С этой целью назначают щелочное, потогонное питье (чай с медом, плодами, травами) в объеме 1,5 – 2 литра;



восполнение потерянной жидкости и солей при рвоте, диарее. Назначают солевое питье («Регидрон», Оралит», «Цитроглюкосолан», «Глюкосоль», минеральная вода) в объеме 1,5 – 3 литров;

- повышение защитных сил организма. Используется витаминизированное питье (соки, морсы, отвары трав, ягод) в объеме 1,5 – 2 литра.

Условия назначения питьевого режима:

- легкая или среднетяжелая форма заболевания;
- подогрев жидкостей (на водяной бане) до температуры 38-40 С;
- прием жидкости небольшими порциями (глотками);
- контроль суточного диуреза.

Сестринский процесс

это научный систематический метод организации и практического осуществления медицинской сестрой своих обязанностей по обслуживанию пациентов.

Его цель: поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма

Сестринский процесс

- 1) обследование пациента;
- 2) диагностирование состояния пациента – выявление проблем пациента (установление сестринского диагноза);
- 3) планирование профессиональной помощи, направленной на удовлетворение нарушенных потребностей пациента;
- 4) реализация плана сестринских вмешательств;
- 5) оценка полученных результатов.

Квалифицированная медицинская сестра должна:

- обладать профессиональной компетентностью;
- иметь навыки наблюдения, общения;
- уметь анализировать полученные данные и интерпретировать их в сестринские диагнозы;
- соблюдать конфиденциальность;
- уметь создать доверительные отношения с пациентом, его родственниками;
- объяснять необходимость и ход каждого элемента ухода и получать на это согласие пациента;
- в случае необходимости, привлечь помощь других медицинских специалистов.

Основные потребности пациента (по Маслоу)

Самовыражение

Достижение

Состоятельность

Личное отличие

Самоуважение и уважение окружающих

Поощрение

Уважение

Самоуважение

Успех

Владение имуществом



Основные потребности пациента (по Маслоу)

Социальные потребности

Одобрение

Понимание

Любовь

Привязанность

Семья и друзья

Основные потребности пациента (по Маслоу)

Безопасность

Помощь

Одежда

Защита

Надежность

Кров

Основные потребности пациента (по Маслоу)

■ Физиологические потребности

Воздух

Пища

Вода

Выделение продуктов жизнедеятельности

Сон

Движение

Прикосновение

Секс

Этапы сестринского обследования:

- Первый этап сестринского процесса заключается в сестринском обследовании - это сбор информации о состоянии здоровья пациента и ее анализ.. Методы обследования, необходимые для сбора информации, могут быть субъективными, объективными, дополнительными.

Этапы сестринского обследования:

- Субъективный метод - это беседа, из которой медицинская сестра узнает сведения о самочувствии, ощущениях, реакциях, тех или иных потребностях, которые человек описывает сам, или члены его семьи, сопровождающие медработники
- Данные эпиданамнеза в ряде случаев позволяют установить вероятные сроки инкубационного периода, определить характер противоэпидемических мероприятий

Объективные данные медицинская сестра получает в результате его осмотра, наблюдения и обследования:

- 1) Общее состояние (от удовлетворительного до тяжелого).
- 2) Выражение лица (живое, вялое, безучастное, тоскливое, страдальческое и т. д.), мимика, одутловатость, гиперемия и т. д.
- 3) Масса тела.
- 4) Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное и т. д.).
- 5) Состояние кожи и видимых слизистых (цвет, тургор, влажность, дефекты, отеки и т. д.). Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек следует проводить при естественном или приближенном к нему освещении, полностью раздев пациента.
- 6) Состояние лимфатических узлов, доступных для пальпации (болезненность, подвижность, размер).
- 7) Костно-мышечная система (деформации скелета, суставов, атрофия мышц и т. д.).

8) Дыхание (ЧДЦ, боли при дыхании, кашель, изменение голоса, одышка, аускультация органов дыхания и т. д.).

9) Сердечно-сосудистая система (АД, характеристика пульса, аускультация сердца и т. д.).

10) Органы пищеварения:

- (состояние аппетита);
- осмотр полости рта (состояние языка, зубов);
- глотание;
- характер рвотных масс;
- характер стула (цвет, консистенция, запах, объем, наличие патологических примесей);
- живот (увеличение в объеме, болезненность, напряжение, пальпация).

- 11) Мочевыделительная система:

характер мочи (цвет, прозрачность, количество и т. д.);

- симптом Пастернацкого.

12) Нервная система:

- характер головной боли;
- сон;
- нарушение походки, парезы, параличи, тремор и т. д.

13) Органы чувств: (зрение, слух, обоняние, вкус, осязание).

14) Психическое состояние пациента:

- состояние сознания (сохранено, нарушено).

15) Вербальные формы поведения:

- манера говорить (быстро, медленно, тяжело, обрывками и т. д.);

- голос (тихий, громкий);

- логично ли строится рассказ;

16) Невербальные формы выражения:

- зрительный контакт (смотрит ли пациент Вам в лицо, или мимо Вас и т.п.);

- мимика (маскообразное лицо и т.п.);

- позиция (пациент сидит, стоит, ходит во время беседы, принимает ли, с вашей точки зрения, живое участие в происходящем);

- моторика (импульсивная, скованная, замедленная, активная и т.п.)-

- 17) Настроение (оценка пациентом жизненной ситуации в целом):

- - печальное (плачет и т.п.);
- - мрачное (пациент выражает неблагоприятное отношение к своей ситуации);
- - энергичное (пациент выражает благоприятное отношение к своей ситуации);
- - веселое (пациент выражает радость своей ситуацией).

- 18) Чувства (оценка пациентом определенных явлений внешнего мира):

- - недобрые (выражает злость к чему-либо);
- - тревожные (реагирует со страхом);
- - ранимые;
- - беспокойные (нетерпеливо реагируют на что-либо);
- - озабоченные (беспокоится об определенных вещах).

- 19) Ориентация:
- - время (знает ли пациент, который час, какое число, месяц, год, сколько ему лет);
- - личность (знает ли пациент, кто он и каковы функции медсестры);
- - выясняя социально-экономические данные о пациенте, медсестра обращает внимание на:
 - - семейное положение и отношения в семье,
 - - социально-экономические условия,
 - - отношение к госпитализации в инфекционный стационар.

Этапы сестринского процесса

Второй этап сестринского процесса - диагностирование состояния пациента, определение на основании обследования проблем пациента и установление сестринского диагноза.

- Сестринский диагноз – состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства медицинской сестры.

Отличия сестринского диагноза от врачебного

- врачебный диагноз определяет болезнь, а сестринский – ответные реакции организма в связи с болезнью;
- врачебный диагноз остается неизменным, сестринский – меняется по мере того, как изменяется реакция организма на болезнь;
- врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики, сестринский – сестринские вмешательства в рамках её компетенции и практики;
- врачебный диагноз связан с патофизиологическими изменениями в организме, сестринский – с представлениями пациента о состоянии его здоровья.

По приоритетности проблемы классифицируют на:

- первичные, связанные с риском для жизни и здоровья и требующие неотложной помощи;
- промежуточные, не представляющие опасности для здоровья пациента, поэтому они могут быть отсрочены на какое-то время;
- вторичные - это те проблемы, которые не имеют отношения к прогнозу заболевания.

Сестринский диагноз

это клиническое суждение медицинской сестры, в котором дается описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациента на болезнь и свое состояние, с желательным указанием: топологии, локализации, суждения.

Банк сестринских проблем (сестринских диагнозов)

А). Биологические:

- нарушение комфортного состояния из-за тенезмов и болей в животе;
- нарушение опорожнения кишечника - частый стул;
- головная боль из-за бессонницы;
- головная боль, связанная с интоксикацией;
- нарушение комфортного состояния из-за озноба;
- нарушение комфортного состояния вследствие жара;
- нарушение аппетита из-за поражения ЖКТ;
- нарушение адекватного питания из-за тошноты и рвоты;

- отсутствие аппетита, связанное с нежеланием принимать блюда определенной диеты;
- отсутствие аппетита, связанное с поражением ЖКТ;
- тошнота, предшествующая рвоте;
- снижение массы тела из-за...;
- изменение кожных покровов в перианальной области, вследствие частых загрязнений и травматизации;
- нарушение опорожнения кишечника - диарея;
- нарушение комфортного состояния из-за рвоты;
- нарушение комфортного состояния из-за тошноты;
- постоянная тошнота, связанная с интоксикацией;
- обезвоживание из-за частых водянистых испражнений;
- снижение массы тела из-за обезвоживания;

- жажда из-за потери жидкости с рвотой и поносом;
- дискомфорт из-за ощущения урчания и переливания жидкости в животе; - дефицит самоухода;
- невозможность самостоятельной смены белья;
- нарушение сна из-за частых дефекаций;
- невозможность самостоятельного прием пищи и жидкости;
- дискомфорт из-за необходимости осуществлять физиологические опрвления в постели;
 - невозможность самостоятельно осуществлять личную гигиену в области гениталий и ануса;
 - слабость из-за потери большого количества жидкости за короткий срок;

- риск развития пролежней;
- изменение кожных покровов в перианальной области вследствие частых фекальных загрязнений;
- не понимает необходимости постельного режима;
- не понимает необходимости в приеме большого количества жидкости;
- желтуха, связанная с инфекционным поражением печени;
- нарушение комфортного состояния из-за чувства тяжести в эпигастрии;
- нарушение комфортного состояния из-за болей в правом подреберье;
- чувство тяжести в правом подреберье из-за увеличения печени;
- слабость, обусловленная интоксикацией

Б). Психологические и социальные:

- трудности психологической адаптации к условиям инфекционного стационара;
- подавленность настроения, обусловленная заболеванием;
- потеря возможности общаться вследствие заболевания;
- потеря заработка;
- возможность утраты работы (для декретированных лиц);

- раздражительность из-за неудовлетворенной потребности спать и отдыхать;
- дефицит общения из-за осиплости голоса;
- дефицит общения из-за изоляции;
- невозможность заниматься любимым занятием;
- нарушение комфортного состояния из-за отсутствия свежей прессы.

Этапы сестринского процесса

Планирование сестринского ухода – это третий этап сестринского процесса.

**Планирование сестринской помощи
заключается в:**

- определении целей (ожидаемый результат) для каждой проблемы;**
- определении характера и объема сестринского вмешательства, необходимого для достижения поставленных целей.**

Определяя цели, сестра обязательно указывает

- а) конкретные действия, с помощью которых она планирует достичь результата;
- в) дату ожидаемого результата.

Этапы сестринского процесса

На четвертом этапе сестринского процесса медицинская сестра приступает к реализации намеченного плана, каждое действие которого должно быть документировано в сестринской истории пациента, в листе динамического наблюдения.

Виды сестринских вмешательств

1) независимые действия, осуществляемые медицинской сестрой, в соответствии с ее самостоятельными профессиональными решениями без назначений и указаний врача. К независимым относятся действия по наблюдению за реакцией на лечение и адаптацией пациента к болезни, оказанию доврачебной помощи, осуществлению мероприятий по личной гигиене, профилактике внутри-больничной инфекции, организации досуга. В нашем примере - действия 1-6.

Виды сестринских вмешательств

- 2) зависимые действия медицинской сестры заключаются в выполнении назначений врача (действие 7).
- 3) взаимозависимые действия медицинская сестра осуществляет в сотрудничестве с другими работниками, родственниками пациента с целью оказания помощи, ухода. К ним относятся действия медсестры по подготовке и участию в инструментальных исследованиях (ректороманоскопия, УЗИ, ФГС, рентген-исследования, и др.), в консультировании: инструктора ЛФК, диетолога, психолога и др. (действие 8).

Этапы сестринского процесса

- **Заключительным - пятым этапом** сестринского процесса является оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, эффективности и качества сестринской помощи, которая включает в себя:
 - - сравнение достигнутого результата с запланированным;
 - - ответную реакцию пациента на вмешательство.