

ОБЩИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Учебное пособие

Под редакцией Н. Г. Петровой

*Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов,
обучающихся по специальности 040100 «Легебное дело»*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2013

УДК 331. 483. 084. 64 (075. 32)
О28

Авторский коллектив:

Зайцева Елена Геннадьевна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Максимова Ирина Ивановна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Мартынук Олеся Владимировна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Петрова Людмила Васильевна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Петрова Наталья Гурьевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Полюкова Майя Владимировна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Симановская Мария Сергеевна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Смирнова Татьяна Викторовна — ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Соболева Надежда Игоревна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Степанова Марина Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова

Рецензенты:

Лапотников Виктор Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Петров Валерий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры сестринского дела и социальной работы Северо-Западного медицинского университета им. И. И. Мечникова

О28 **Общий уход за пациентами** : учебное пособие / Е. Г. Зайцева [и др.] ; под ред. Н. Г. Петровой. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 231 с. : ил. — 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.

При копировании материалов ссылка на medlecture.ru обязательна.

УДК 331. 483. 084. 64 (075. 32)

ISBN 978-5-299-00547-9

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	4
Предисловие	5
Этика и деонтология (<i>М. В. Полюкова</i>)	6
Сестринский процесс (<i>М. В. Полюкова</i>)	15
Безопасная больничная среда. Лечебно-охранительный режим в ЛПУ (<i>М. В. Полюкова</i>)	20
Инфекционная безопасность медицинского персонала. Профилактика внутрибольничной инфекции (<i>Н. И. Соболева</i>)	35
Дезинфекция: виды и способы. Предстерилизационная обработка: этапы, контроль качества. Стерилизация (<i>И. И. Максимова</i>) ..	45
Питание и кормление пациента (<i>Н. И. Соболева</i>)	62
Личная гигиена пациентов (<i>Т. В. Смирнова</i>)	72
Термометрия. Лихорадка (<i>Т. В. Смирнова</i>)	101
Пути введения лекарственных средств (<i>Е. Г. Зайцева</i>)	113
Внутривенное введение лекарственных средств (<i>Н. И. Соболева</i>)	137
Постановка клизм (<i>О. В. Мартынюк</i>)	143
Основы физиотерапевтического лечения (<i>О. В. Мартынюк</i>)	157
Лабораторные методы исследования. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям (<i>М. С. Симановская</i>)	174
Стомы. Уход за стомированным пациентом (<i>М. С. Симановская</i>)	183
Терминальные состояния. Сердечно-легочная и церебральная реанимация (<i>М. С. Симановская</i>)	190
Особенности ухода за больным ребенком (<i>М. Н. Степанова, Л. В. Петрова</i>)	197
Действия медицинской сестры при выявлении больного с внут- рибольничной острой кишечной инфекцией (<i>Н. Г. Петрова</i>)	230

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД	— артериальное давление
БА	— бронхиальная астма
ВБИ	— внутрибольничная инфекция
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ГБ	— гипертоническая болезнь
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИМН	— изделия медицинского назначения
ИОХВ	— изделия в области хирургического вмешательства
КС	— колоноскопия
КТ	— компьютерная томография
ЛОХР	— лечебно-охранительный режим
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК	— лечебная физическая культура
МРТ	— магнитно-резонансная томография
ОСТ	— отраслевой стандарт
ОРИТ	— отделение реанимации и интенсивной терапии
ПВК	— периферический венозный катетер
ПО, ПСО	— предстерилизационная очистка
РАМН	— Российская академия медицинских наук
СанПиН	— санитарные правила и нормативы
СЛР	— сердечно-легочная реанимация
СМС	— синтетическое моющее средство
СП	— сестринский процесс
СПЭР, СЭР	— санитарно-противоэпидемиологический режим
ССС	— сердечно-сосудистая система
ТБД	— трахеобронхиальное дерево
УВЧ	— ультравысокие частоты
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УФО	— ультрафиолетовое облучение
ХГЧ	— хорионический гонадотропин человека
ЦГСЭН	— Центральная государственная станция эпидемиологического надзора
ЦНС	— центральная нервная система
ЦСО	— центральное стерилизационное отделение
ЧДД	— частоты дыхательных движений
ЭГДС	— эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	— электрокардиограмма
ЭЭГ	— электроэнцефалограмма
Ps	— пульс
ТВС	— туберкулез

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 санитарно-эпидемиологического 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 компетентностного 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 душевые лекарства, которые врачуяют тело. Они почерпаются из науки мудрости. Сим искусством печального утешишь, 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 морально-нравственных 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. Затрагиваются 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.;
- неправомочность 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, ослабена 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. Учтесь 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, передвижениях. 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. Причтания 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 *верbalного 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 сопререживанию. 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. Общаешься 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 слу-

чаях 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 одно-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 чём 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 морализование, 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).

Учебное издание

ОБЩИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Учебное пособие

Редактор *Иващук Е. В.*

Корректор *Самойлова Л. А.*

Компьютерная верстка *Габерган Е. С.*

Подписано в печать 16.07.2013. Формат 60 × 88 $\frac{1}{16}$.

Печ. л. 14,5 + 0,5 цв. вкл.

Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29,

тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94,

<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н.

ISBN 978-5-299-00547-9



9 785299 005479