**Теоретический материал модуль 2. «Особенности сестринского процесса в учреждениях ПМСП»**

Лекция №1. Сестринский уход в системе первичной медико-санитарной помощи

**План лекции:**

1. Функциональные обязанности медицинской сестры врачебного участка.
2. Обслуживание пациентов на дому.

1.Функциональные обязанности медицинской сестры врачебного участка.

Знать права и ответственность медсестры врачебного участка

Знать демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного насе­ления.

Владеть методами организации и проведения профилактической работы среди насе­ления участка по гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни.

Обеспечивать выполнение необходимых мероприятий по проведению врачебного ам­булаторного приема.

Проводить мероприятия по диспансеризации населения.

Осуществлять оказание паллиативной сестринской помощи пациентам своего участка.

Проводить иммунопрофилактику и противоэпидемические мероприятия в очаге ин­фекции.

Обеспечивать систему инфекционного контроля и инфекционной безопасности паци­ентов и медицинского персонала.

Владеть организацией сестринской помощи на дому терапевтическим больным.

По назначению врача осуществлять восстановительное лечение и реабилитацию тера­певтических больных.

Знать основы рационального и сбалансированного питания пациентов при лечении на

дому.

Вести основные учетные формы медицинской документации врачебного участка по­ликлиники.

Работа поликлиники (амбулатории в сельской местности) основана на участковом принципе. Территория обслуживания городской поликлиникой делится на территориальные участки, исходя из численности проживающего на участке населения (800-1500 человек). За каждым участком закрепляется врач-терапевт и медицинская сестра, которые оказывают первичную лечебно-профилактическую помощь населению участка. Такой принцип позволя­ет врачу и медицинской сестре хорошо изучить свой участок, знать своих пациентов, свое­временно и эффективно проводить диагностику, лечение и активное диспансерное населе­ния. Медицинская сестра помогает врачу во время приема пациентов в поликлинике и вы­полняет его назначения по лечению больных на дому, оказывает помощь в организации ухо­да и наблюдения, проводит иммунизацию населению участка, проводит подворные обходы, ведет всю необходимую документацию (паспорт участка, контрольные карты диспансерных больных, статталоны, экстренные извещения больных, рецептурные бланки, направления на консультации, дополнительные исследования, госпитализацию и др.). Она работает на тера­певтическом врачебном участке по графику чередования приема пациентов в поликлинике и обслуживания на дому с утра и после обеда через день под руководством и контролем участ­кового врача и старшей (главной) медицинской сестры. Медицинская сестра проводит анализ выполнения плана мероприятий за прошедший день. В случае невыполнения отдельных ме­роприятий по тем или иным причинам, их выполнение проводится в текущий день в первую очередь.

До начала приема больных она готовит свое рабочее место и место врача-терапевта, проверяет наличие необходимой рабочей медицинской документации (бланки с наличием печати и штампа рецептов, направлений на исследования, консультации), результаты анали­зов и др., готовность к работе, приборов, аппаратуры.

Во время приема больных она помогает врачу в регистрации посещения пациентом полклиники (заполняет статистический талон, оформляет контрольную карту диспансерного больного, экстренное извещение об инфекционном заболевании), выписывает рецепты, направления на консультации, измеряет температуру тела и АД и др.

Обслуживание пациентов на дому.

Организация правильного ухода за больным на дому играет важную роль для его вы­здоровления и является обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющего на его эффективность. Добросовестная работа медицинской сестры повышает уверенность больного в скорейшем выздоровлении и способствует устранению клинических проявлений болезни, предупреждает развитие осложнений. Здесь важным фактором выступает доверие больного к медицинской сестре, когда он знает, что будет сделано все необходимое для вос­становления его здоровья.

Общаясь с больным, медицинская сестра всегда должна учитывать психологическое состояние больного человека, индивидуально подходить к каждому больному с учетом его состояния, личностных особенностей, его отношения к здоровью. Во время общения меди­цинская сестра должна терпеливо выслушать больного и сопереживать ему, задавать хорошо продуманные вопросы, разъяснять правила подготовки к исследованиям и правила по прие­му лекарств и др. Все это способствует эффективному лечению больного.

Обслуживая больных на дому, медицинская сестра обязана хорошо владеть всеми практическими навыками ухода и, при необходимости, обучать больного и близких род­ственников этим навыкам, помогать родственникам получать в поликлинике предметы ухода за больным, организовывать «стационар на дому». При посещении больного на дому мед­сестра определяет создание условий для удобного положения его в постели, решает вопросы о способах питания и характере диеты, обучает приемам дыхательной гимнастики, посту­рального дренажа, осуществляет контроль за санитарным состоянием комнаты и соблюдени­ем правил личной гигиены. В необходимых случаях она обеспечивает уход за кожными по­кровами, глазами, ушами, полостью рта, наружными половыми органами, осуществляет сме­ну нательного и постельного белья.

Медицинская сестра не должна давать разъяснения больным и их родственникам об исходе и прогнозе заболевания, давать пояснения по результатам физикального, лаборатор­ного и инструментального исследований. Это относится к деятельности врача.

Лекция №2. Первичная медицинская помощь по принципу врача общей практики. Роль медсестринского персонала

**План лекции:**

1. Организация работы медицинской сестры по принципу врача общей практики.
2. Деятельность медицинской сестры общей практики.

1.Организация работы медицинской сестры по принципу врача общей практики.

В настоящее время развиваются различные структурные формы общеврачебной прак­тики: отделения общеврачебной практики на базе существующих поликлиник, муниципаль­ных городских и районных больниц; отделения общеврачебной практики на базе сельских врачебных амбулаторий; отделения общеврачебной практики в составе медико-социальных центров и др.

Для работы медицинской сестрой общей практики необходимо пройти последиплом­ную подготовку по специальности «Медицинская сестра общей практики» в медицинских колледжах и училищах по повышению квалификации. В приказе МЗ РФ № 350 от 20. 11. 2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ» ука­зано, что медицинская сестра общей практики — это квалифицированный специалист в об­ласти сестринского дела, работающий по обеспечению первичной медико-санитарной помо­щи прикрепленному населению в пределах своей компетенции, включая профилактические и реабилитационные мероприятия. Работа медицинской сестры общей практики по многим па­раметрам значительно отличается от функциональных обязанностей участковой сестры, у нее появилась более высокая степень ответственности за больного, за качество оказываемых услуг; медицинская сестра не механический исполнитель распоряжений врача, а думающий грамотный профессионал, способный самостоятельно принимать решения в пределах своей компетентности, который заботится не только о пациенте, но и о его семье и рассматривает

их в единстве влияния на здоровье.

Работа медицинской сестры в офисе врача общей практики (семейного врача) строит­ся по индивидуальному принципу и приближается к форме работы в поликлинике (амбула­тории).

Согласно разработанному положению, медицинская сестра общей практики осу­ществляет следующие функции.

Проведение персонального учета прикрепленного населения.

Сбор оперативной информации об эпидемиологической ситуации; проведение сов­местно с санитарно-эпидемиологической службой противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции; проведение иммунопрофилактики.

Забор, доставка, хранение собранного материала для бактериологического исследова­ния.

Обслуживание женщин фертильного возраста с приоритетным выделением возраст­ной группы до 30 лет (анкетирование, первичное формирование групп риска по экстрагени­тальной патологии).

Обслуживание диспансерных больных.

Выполнение требований инфекционного контроля и инфекционной безопасности па­циентов и медицинского персонала; техники безопасности и охраны труда.

Санитарно-просветительная работа на участке, включая пропаганду медицинских знаний, гигиеническое воспитание и обучение населения навыкам здорового образа жизни.

Выполнение профилактических, лечебных, диагностических мероприятий, назначае­мых врачом в поликлинике и на дому, помощь врачу при проведении амбулаторных врачеб­ных манипуляций.

Обеспечение офиса врача общей практики необходимыми медикаментами, учет рас­ходов медикаментов, бланков специального учета.

Контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременный ремонт и списание.

Подготовка санитарного актива участка, включая занятия по оказанию самопомощи и взаимопомощи при неотложных состояниях; обучение родственников тяжелобольных мето­дам ухода, оказанию первой помощи.

Ведение утвержденной учетно-отчетной медицинской документации согласно «Типо­вой инструкции к заполнению форм первичной медицинской документации» (паспорт тера­певтического участка, статистические талоны; направления на диагностические исследова­ния; выписки из медицинских карт; паспортной части посыльного листа на медико­социальную экспертную комиссию, клинико-экспертную комиссию, санаторно-курортной карты, контрольной карты диспансерного наблюдения, лечебной карты призывника, карты обследования подростка с необычной реакцией на вакцинацию БЦЖ, карта профилактиче­ских прививок; извещение о больном с впервые установленным диагнозом рака, журнала наблюдения за женщинами фертильного возраста и др.).

В настоящее время доврачебный прием больных медицинской сестрой общей практи­ки включает измерение роста, веса, пульса, АД, ЧДД, снятие ЭКГ, термометрию, определе­ние остроты зрения и подбор простых очков, определение ОФВ с помощью пикфлоуметра, определение уровня гликемии экспрессметодом при помощи гликометра. Это позволяет зна­чительно разгрузить врача общей практики, повысить авторитет и престиж медицинской сестры.

Деятельность медицинской сестры общей практики.

Профессиональная деятельность медицинской сестры общей практики на участке включает:

* активные посещения на дому пациентов, часто вызывающих скорую медицинскую помощь;
* активные посещения на дому пациентов, находящихся на динамическом наблюдении с хроническими заболеваниями преимущественно пожилого и старческого возраста;
* выполнение лекарственных назначений и лечебных манипуляций, назначенных
* врачом общей практики;
* обучение больного и членов его семьи самоуходу и уходу;
* обучение больного методике проведения оксигенотерапии (оксигенотерапию в до­машних условиях обычно проводят с помощью концетратора кислорода, существуют и пе­реносные контейнеры. Показания для лечения (стойкая артериальная гипоксемия) определя­ет врач под адекватным наблюдением за больным, необходимая часть лечения — посещение специально подготовленной медицинской сестры);
* обучение больного методике ЛФК.
* обучение пациента правилам приема лекарственных препаратов, контроля побочных эффектов.
* проведение профилактических прививок;
* контроль соблюдения больным предписанного врачом режима и диеты;
* контроль санитарного состояния жилища пациента.

Активные посещения больных на дому составляют основную часть самостоятельной работы медицинской сестры общей практики на участке. Это больные, которые нуждаются в регулярном медицинском, но не врачебном наблюдении (динамика состояния, соблюдение диеты и режима, контроль за правильным приемом лекарственных средств).

О проведении всех мероприятий медицинская сестра общей практики ежемесячно по­дается отчет старшей медицинской сестре поликлиники.

Лекция №3. Здоровье и болезнь семьи. Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни

**План лекции:**

1. Определение и функции семьи.
2. Обслуживание семьи медицинской сестрой.
3. Роль медицинской сестры в формирование здорового образа жизни.

Определение и функции семьи.

Семья — это общность нескольких членов в совместном жизненном пространстве Традиции, культура, религия и правовые нормы создают ее внешние контуры. Наследствен­ность, воспитание, образование определяют индивидуальные качества ее членов, поведение и отношения между собой. Жилым пространством семьи, как правило, является дом, кварти­ра, а жизненным пространством — село, город, место работы и др.

Переход к семейной медицине как важнейшему звену первичной медико-санитарной помощи, повышение роли и расширение функций службы врача общей практики существен­но изменили обязанности и место сестринского персонала в ней. Модель семейной практики значительно расширяет сферу деятельности медицинской сестры, которая заключается в участии в лечебном процессе, оказании психологической, социальной и профилактической помощи. Семейная медицинская сестра — высокопрофессиональный специалист, в полном объеме владеющий сестринским делом в терапии, хирургии, педиатрии, акушерстве и гине­кологии, обладающая знаниями и умениями сестринских разделов специализированных ви­дов медицинской помощи (ЛОР-, глазные, кожные болезни и др.); это личность, способная на основе широкой гуманитарной подготовки решать вопросы медицинской культуры чле­нов семьи, гигиены и диетологии, возрастной психологии и семейной педагогики, физиче­ского воспитания пациентов разного возраста. Совместно с больным, его родственниками и семейным врачом она намечает те мероприятия, которые необходимо провести для восста­новления и укрепления его здоровья и должна предвидеть результат этих мероприятий.

Основными функциями семьи являются: воспроизводство; совместное ведение хозяй­ства; проведение досуга; оказание взаимной помощи; образование; социальное интегрирова­ние.

Различные типы семьи отличаются способами взаимодействия их членов, решением проблем и организацией совместной жизни. Разным является также отношение семьи к здо­ровью, вопросы поддержания здоровья; болезни ее членов; обращении за помощью к меди­цинским работникам; уходе за больными; использовании альтернативных способов и мето­дов лечения; формировании здорового образа жизни.

Полный жизненный цикл семьи состоит из следующих периодов: основание; дети дошкольного возраста; дети школьного возраста; взросление детей начало разделения; роди­тели без детей; пенсионеры; вдова/вдовец.

Участковая медицинская сестра обслуживает и наблюдает течение жизни семьи и в переходные периоды жизненного цикла. При этом она обычно наблюдает предсказуемые пе­реходы: рождение здорового ребенка, начало и конец учебы в школе, выбор и получение детьми профессии, женитьба/замужество детей и т. д.

Однако возможны и неожиданные переходы: рождение неполноценного ребенка; проблемы воспитания; проблемы алкоголизма и наркомании; инвалидность; потеря работы; изменяющее жизнь тяжелое заболевание; конфликты, развод, тюремное заключение и др.

Эти и другие неожиданные переходы могут стать причиной болезней отдельных ее членов. Среди других причин нарушения здоровья членов семьи могут быть: неблагоприят­ные условия работы, критические возрастные периоды, кризис в сексуальной жизни, финан­совые трудности и др.

Обслуживание семьи медицинской сестрой.

Определено четыре принципа семейной медицины: 1) непрерывность медицинской помощи; 2) всеобъемлющий подход; 3) неразделяемые проблемы; 4) высокое качество меди­цинского обслуживания. Поэтому работа семейной медицинской сестры направлена на:

1. динамическое наблюдение за состоянием здоровья семьи с проведением необходи­мого обследования и оздоровления;
2. оказание неотложной доврачебной помощи при неотложных состояниях;
3. оказание квалифицированной сестринской помощи;
4. медико-социальная и бытовая помощь совместно с органами социальной защиты одиноким престарелым, инвалидам, хроническим больным;
5. организация консультативной помощи семье по вопросам питания, иммунопрофи­лактики, профориентации, планирования семьи, этики, психологии, медико-сексуальных ас­пектов семейной жизни;
6. ведение утвержденной учетной и отчетной документации.

В амбулаторной практике уход за пациентами пожилого и старческого возраста пред­ставляется для медицинской сестры одной из самых трудоемких задач. Наступающие в этот период жизни нарушения здоровья следует рассматривать как результат патологических процессов, а не как следствие возраста.

Старость как определенный этап существования индивидуума и старение как динами­ческий процесс, сопровождающий нисходящую стадию развития человека, — разные поня­тия. Согласно возрастной классификации, принятой ВОЗ (1963), в позднем онтогенезе выде­ляется три периода: 1) средний возраст — 45-59 лет; 2) пожилой возраст — 60-74 года; 3) старческий — 75 лет и старше. В последнем периоде выделена отдельная категория людей в возрасте 90 лет и старше, названная долгожителями.

К клиническим особенностям течения болезней у пациентов пожилого и старческого возраста относятся: стертое начало; множественное поражение органов и систем; хрониче­ское течение; нетипичная симптоматика. Нередко начальные проявления болезни геронтоло­гические больные обусловливают возрастом, занимаются самолечением, терпят болезнь и стараются преуменьшить ее проявления.

Способность медицинской сестры выслушать пациента преклонного и старческого возраста, дать ему возможность высказаться будет способствовать своевременному выявле­нию у него не только заболеваний, но и социальной апатии, отчуждения, потери уверенности

в своих силах. Медицинская сестра может и должна этому активно противостоять.

Роль медицинской сестры в формирование здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни — это теория и практика охраны здоровья, ги­гиеническое воспитание, пропаганда медицинских знаний, обучение правилам и навыкам здорового труда, быта, отдыха.

Человек, решивший изменить свой образ жизни с целью улучшения здоровья, прохо­дит 4 стадии.

1. стадия — отсутствие у пациента заинтересованности в изменениях. На этой стадии нужно дать ему как можно больше информации о вреде курения, употребления алкоголя, пе­реедания и низкой физической активности. Следует исходить из того, что нельзя заставить человека измениться, но, узнав новые факты, он может задумываться над своим образом жизни.
2. стадия — обдумывание изменений. В это время надо вместе с пациентом найти ин­дивидуальную мотивацию, достаточную для изменения его образа жизни с тем, чтобы он пе­ресмотрел свое отношение к здоровью.
3. стадия — выполнение изменений. В это время необходима постоянная поддержка пациента, оказание ему помощи в преодолении срывов, которые неизбежны. Особенности поведения пациента во время срыва можно предусмотреть и разработать план противодей­ствующих мероприятий. После срыва надо помочь пациенту вернуться к процессу измене­ний и продолжить его, усилив мотивацию, что является непременным условие успеха.
4. стадия — сохранение, стабилизация изменений.

Все эти стадии универсальны для избавления от любых вредных привычек. Поэтому участковая медицинская сестра должна фиксировать на них внимание пациентов.

На поведенческом уровне здоровье часто воспринимается негативно, как плод воз­держания, и потому без радости. Такое восприятие здоровья усиливают фразы типа: «вам этого нельзя, «вы должны заниматься спортом, иначе совсем заболеете». Для формирования здорового образа жизни эти рекомендации станут более привлекательными и эффективными, если будут даны в зеркальном отображении: «Вы можете, соблюдая несколько простых пра­вил, есть, сколько хочется» или: «Вам не нужно принуждать себя бегать, занимайтесь тем видом спорта, который Вам действительно приносит удовольствие. Если процесс пере­осмысления настоящего образа жизни дает зримые, реальные плоды, то необходимо перейти к четвертой стадии — стабилизации выработанной новой поведенческой реакции здорового образа жизни.

Нельзя полагать, что сохранение приобретенного навыка здорового образа жизни не­что само собой разумеющееся. Большинство пациентов рано или поздно возвращаются к прежнему образу жизни. Наиболее простым и эффективным способом стабилизации нового поведения является применение похвалы. Надо использовать для этого слова одобрения, раз­личные виды поощрения, не скупиться на них. Надо находить и поощрять даже малозамет­ные успехи в стабилизации нового поведения. Причем успехи, даже частичные, в приобре­тении навыков здорового образа жизни необходимо изначально трактовать как результат совместного сотрудничества медсестры и пациента, а не как заслугу медицинской сестры. Наряду с положительным эффектом стабилизации новой поведенческой реакции, таким об­разом, укрепляется вера пациента в то, что он сам может влиять на свое здоровье. В таких случаях надо говорить: «Я поражена, с какой последовательностью вы проводите разгрузку диетой», а не: «Разгрузочно-диетическая терапия, скажу вам, — потрясающий метод, я с ним уже много лет добиваюсь успехов»

Зеркальный по отношению к похвале принцип отказа от упреков является таким же эффективным и надежным. При этом случаи неудач приобретения новых навыков или реци­дива старых привычек нужно оценивать как преодоление очередной рубежной проблемы обучения методом проб и ошибок. Следует не упрекать, а сказать с надеждой на успех: «Ну, теперь вы знаете, что вас подстерегает и угрожает вашим планам. В очередной раз, если встретитесь с подобным, будьте внимательны».

Лекция №4. Профилактика заболеваний

**План лекции:**

1. Определение профилактики заболеваний внутренних органов.
2. Факторы риска заболеваний и их коррекция.
3. Рациональное питание.
4. Двигательная активность.
5. Иммунопрофилактика.
6. Закаливание организма.
7. Работа медицинской сестры в отделении профилактики и кабинете доврачебного при­ема поликлиники.
8. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.
9. Проведение диспансеризации.
10. Реабилитация.

Определение профилактика заболеваний внутренних органов.

Профилактика (греч. prophylactics — предохранение, предупреждение) — широкая и разносторонняя сфера деятельности медицинской сестры поликлиники, относящаяся к выяв­лению причин заболеваний и повреждений, их ослаблению или устранению среди прикреп­ленного населения. Профилактика — (ВОЗ) социальная дисциплина, изучающая в какие условия должна быть поставлена жизнь коллектива и его отдельных членов, чтобы обеспе­чить им возможно более долгое сохранение здоровья и отсрочить смерть. Медицинская про­филактика как вид деятельности делится на санитарное просвещение и оказание профилак­тических медицинских услуг: гигиеническое воспитание (чтение лекций, проведение бесед, пропаганда в средствах массовой информации), иммунопрофилактика, проведение предвари­тельных и периодических медицинских осмотров. Выделяют индивидуальную (личную) и общественную профилактику. Профилактика делится на первичную (меры направлены на устранение непосредственной причины заболевания или повреждения), вторичную (ранняя диагностика и оказание коррегирующей медицинской помощи; третичную — уменьшение или исключение последствий длительных заболеваний и нетрудоспособности, обеспечение пациенту режима немедикаментозного образа жизни (реабилитация).

Первостепенное значение для первичной профилактики приобретает образ жизни, ко­торый предупреждает развитие хронически протекающих заболеваний, генез которых во многом связан с вредными навыками (курение, гиподинамия, употребление алкоголя, нера­циональное питание, поведенческие реакции) и другими отрицательными аспектами образа жизни.

Образ жизни оказывает существенное влияние на продолжительность жизни. Средняя продолжительность жизни в развитых странах значительно выше, чем в малоразвитых. Ко­личественная оценка здоровья через показатель продолжительности жизни показывает инди­видуальные резервы, которые позволяют человеку не заболеть в ближайшие 10-12 лет.

По риску возникновения заболеваний в ближайшие 10 лет пациенты распределяются на группы:

1. я группа — с очень малым резервом здоровья.
2. я группа — с малым резервом здоровья.
3. я группа — со средним резервом здоровья.
4. я группа — с большим резервом здоровья.
5. я группа - с очень большим резервом здоровья.

Факторы риска заболеваний и их коррекция.

Факторы риска — это воздействие на организм различных причин в совокупности или изолированно, которое в значительной степени повышает вероятность возникновения или развития болезни.

Некоторые заболевания сами являются факторами риска других болезней. Например, хронический тонзиллит является фактором риска ревматизма. Многие факторы риска явля­ются результатом неправильных поведенческих реакций и вредных привычек.

Сами по себе факторы риска подразделяются на внешние и внутренние (биологиче­ские). Пол, возраст, наследственность считаются неуправляемыми факторами, состояние экономической обстановки — малоуправляемыми, а курение, гиподинамия, избыточный вес тела, употребление пересоленной пищи, наличие очагов хронической инфекции в носоглот­ке, артериальная гипертония и др. — управляемыми, то есть поддающиеся коррекции.

Пациенты с несколькими факторами риска относятся в группу высокого риска разви­тия болезни, при наличии одного — в группу среднего риска. Группу с низким риском раз­вития болезней составляют лица, не имеющие факторов риска.

Кроме отдельных факторов риска выделены и так называемые группы риска, то есть группы населения, которые в большей степени, чем другие предрасположены к различным заболеваниям (дети, старики, беременные, мигранты, одинокие, лица без определенных заня­тий, безработные с девиантным поведением, алкоголики, наркоманы, проститутки и др.).

В плане мероприятий по коррекции факторов риска должны преобладать мероприя­тия, касающиеся ранговых групп заболеваний. Так, в осенне-зимний период среди населения необходимо провести профилактику гриппа с использованием ремантадина. Для повышения резистентности организма надо использовать адаптогены растительного происхождения (настойки аралии, левзеи, лимонника китайского, золотого корня, элеутерококка). В оздоро­вительных центрах на предприятиях и учреждениях работающим целесообразно проводить закаливающие водные процедуры, ингаляции с морской водой, гипертермию в сауне и др. Лицам с хроническими заболеваниями органов дыхания реабилитационные программы необходимо проводить в рамках вторичной профилактики, что в 2-4 раза снижает вероят­ность обострения заболеваний. Программы по снижению факторов риска ИБС, гипертониче­ской болезни, атеросклероза должны включать мероприятия, направленные на ликвидацию управляемых факторов риска (их первичная профилактика) и лечебные мероприятия в объе­ме вторичной профилактики

Уменьшение потребления поваренной соли. Привычка питаться пересоленной пищей не является физиологически оправданной, от нее необходимо избавиться, как от всякой вредной привычки. В группах населения, где потребление натрия не превышает 2 г в сутки, не наблюдается роста АД с возрастом и практически отсутствует эссенциальная артериаль­ная гипертензия.

Увеличение в рационе доли свежих овощей, фруктов и других растительных продук­тов, уменьшение потребления животных продуктов способствует увеличению калия и уменьшения натрия. Поэтому, чем меньше в той или иной местности население потребляет продуктов растительного происхождения в свежем виде и чем больше в пище употребляет маринады и соленья, тем выше распространенность артериальной гипертонии, выше уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Физиологическая норма суточного потребления натрия составляет до 2 г, что соответ­ствует до 5 г поваренной соли (1 чайная ложка).

Уменьшение употребления алкоголя. Прием алкоголя сопровождается отрицательно действующими на сердце и сосуды факторами (избыточный прием пищи, курение, гиподи­намия и др.). Алкоголь оказывает прямое токсическое влияние на сердечную мышцу, что приводит к нарушению метаболизма и структурным перестройкам в миокарде.

Необходимо настойчиво рекомендовать полный отказ от алкоголя или ограничение его потребления, по крайней мере, до 168 мл чистого этанола в неделю для мужчин и до 112 мл в неделю для женщин.

Прекращение курения. Отрицательное действие никотина связано с тем, что он пара­лизует периферические центры вегетативной нервной системы, вызывает резкие нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца, способствует выбросу в кровь катехо­ламинов и кортикостероидов, повышает адгезивность тромбоцитов, увеличивает концентра­цию липидов в крови и повышает проницаемость артериальной стенки для липопротеидов.

Все это усиливает предрасположенность к тромбозам, увеличивает возможность образования атеросклеротических бляшек, усиливает склонность к сердечным аритмиям вплоть до смер­тельной фибрилляции желудочков.

Рациональное питание.

Основными принципами рационального питания являются:

* соблюдение баланса поступающей и расходуемой энергии. Расход энергии зависит от группы труда. Первая группа — работники умственного труда (служащие, ученые, педа­гоги, инженеры). Вторая группа — легкий физический труд (продавцы, швеи, агрономы, медсестры, операторы и др.). Третья группа — труд средней тяжести (станочники, слесари, хирурги, водители). Четвертая группа — тяжелый физический труд (строители, механизато­ры, грузчики и др.). Пятая группа — очень тяжелый физический труд (сталевары, шахтеры и

др.);

* удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и качестве пищевых веществ;
* оптимальное соотношение пищевых веществ. Адекватное потребление калия, кальция, магния (фруктов, овощей, рыбы и морепродуктов);
* соблюдение оптимального биоциркадного режима питания. Питание должно быть дробным, 3-4 раза в сутки. Если промежутки между приемами пищи во время бодрствования составляют 7 и более часов, то развивается голод;
* принимать пищу надо медленно, тщательно пережевывая, не торопясь;
* пища должна содержать балластные вещества — клетчатку для чувства насыщения и работы кишечника;
* рациональное распределение пищи по калорийности: первый завтрак — 25%, вто­рой — 15%, обед — 45%, ужин — 15%;
* белковые продукты (мясо, рыба, бобовые) употребляются преимущественно в пер­вой половине дня, молочно-растительные блюда — вечером;
* хлеб следует употреблять белый и черный;
* прием пищи не должен продолжаться до чувства насыщения, которое появляется через 15-20 мин после окончания приема пищи.

Процесс питания сводится не только к ферментативному расщеплению сложных структур пищи до мономеров, их всасыванию и усвоению, но и к физиологическому эффекту так называемых балластных веществ (не утилизированных компонентов пищи). К ним отно­сятся, главным образом, пищевые волокна (различные полисахариды, клетчатка и др.) со­держащиеся в основном в натуральных овощах, фруктах, хлебе из муки грубого помола, дру­гих нерафинированных продуктах. Балластные вещества играют ключевую роль в регуляции нормальной секреторной, моторной, всасывательной и эндокринной функции органов пище­варения.

Питание должно быть сбалансировано, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов с количеством калорий соответственно четырем группам вида деятельно­сти и характера труда.

В питании значительное место должны занимать продукты моря: рыба, морская капу­ста, кальмары, креветки, и др. В них содержится большое количество йода и марганца, дру­гих микроэлементов. Необходимо также обогащение пищи витаминами группы В, С, Р, РР, клеточными оболочками (отвар шиповника, сырые овощи и фрукты, отрубной хлеб) нена­сыщенными жирными кислотами (путем замены 1/3 животного жира в диете растительными маслами) и липотропными факторами (творог).

Важное место в укреплении здоровья и повышении индивидуальных защитных сил организма занимают немедикаментозные методы профилактического лечения. Основными из них являются: двигательная активность, закаливание, нивелирование стрессовых ситуаций с использованием психотерапии, аутотренинга, кабинетов психоэмоциональной разгрузки, различных видов оздоровительной гимнастики, воздействие физических факторов (сауна, баня, массаж).

Двигательная активность.

Рекомендуются регулярные изотонические физические нагрузки (физические упраж­нения на открытом воздухе умеренной интенсивности и продолжительности). Например, быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30-60 мин 3-4 раза в неделю, бег. Перед выпол­нением физической нагрузки рекомендуется провести оценку состояния индивидуального физического здоровья.

Для оценки показателей индивидуального физического здоровья проводится:

расчет индекса массы тела (ИМТ) Кетле. = масса тела (кг)/рост (м) (см. гл. 1.2)

расчет индекса отношения талия/бедро (ИТ/Б). Индекс талия/бедро = окружность та­лии (наименьшая окружность, измеренная ниже грудной клетки над пупком) / окружность бедер (наибольшую окружность, измеренную на уровне ягодиц). ИТ/Б = 0,8-0,9 - промежу­точный, < 0,8 - гиноидный (бедренно-ягодичный), > 0,9 - андроидный (абдоминальный);

определение ЖЕЛ, динамометрия обеих кистей;

в исходном положении подсчитывается пульс за 10 сек. до получения трех одинако­вых значений;

измеряется АД, определяется двойное произведение (ЧСС х АДс/100)..

После этого пациент приседает 20 раз за 30 сек. Если он не может этого выполнить, то отнимается два балла от суммы баллов.

Показатели физического здоровья определяются в баллах и составляют для мужчин:

ИМТ 19,9 и менее; 30 и более - низкий показатель (- 2 балла), 25-29,9 - ниже среднего (- 1 балл), 20-24,9 - средний (1 балл);

динамометрия более сильной кисти (кг), отнесенная к массе тела (кг), выраженная в процентах; 60 и менее - низкий показатель (0 баллов); 61- 65 кг - ниже среднего (1 балл); 66- ТО - средний (2 балла); 71-80 - выше среднего (3 балла); 81 и выше - высокий (4 балла);

двойное произведение в покое: 111 и выше - низкий показатель (- 2 балла); 95 - 110 - ниже среднего (0 балла); 85 - 94 - средний (2 балла); 70 - 84 - выше среднего (3 балла); 60 и ниже - высокий (4 балла);

время восстановления ЧСС (с): 180 и выше - низкий показатель (- 2 балла); 120-170 - ниже среднего (1 балл); 90 - 119 средний (3 балла); 60 - 89 - выше среднего (5 баллов); 59 и ниже - высокий (6 баллов);

ЖЕЛ, отнесенная к массе тела (кг): 50 и ниже - низкий показатель (0 баллов); 51 - 55 - ниже среднего (1 балл); 56 - 60 - средний (4 балла); 66 и выше - высокий (5 баллов).

Для женщин:

ИМТ 19,9 и менее; 30 и более - низкий показатель (- 2 балла), 25-29,9 - ниже среднего (- 1 балл), 20-24,9 - средний (1 балл);

динамометрия более сильной кисти, отнесенная к массе тела, выраженная в процен­тах; 40 и ниже - низкий показатель (0 баллов); 41 - 50 кг - ниже среднего (1 балл); 51 - 56 - средний (3 балла); 61 и выше - высокий (4 балла);

время восстановления ЧСС и двойное произведение в по- кое оцениваются так же, как и у мужчин;

ЖЕЛ, отнесенная к массе: 40 и ниже - низкий показатель (0 баллов); 41 - 45 - ниже среднего (1 балл); 46 - 50 - средний (2 балла); 51 - 56 - выше среднего (4 балла); 57 и выше - высокий (5 баллов).

После оценки каждого показателя определяется сумма баллов: 4 балла и менее - низкий показатель здоровья; 5 - 9 - ниже среднего; 10 - 13 - средний; 14 - 16 - выше среднего; 17 и более - высокий.

Определение степени физической нагрузки. Дозирование физической нагрузки для лиц молодого и среднего возраста проводится согласно степени восстановления пульса. Для это­го необходимо:

определить частоту пульса в 1 мин в покое;

выполнить полный комплекс физической нагрузки;

определить частоту пульса в 1 мин в первые 10 сек после нагрузки, затем через 1, 3, 5 и 10 мин.

В норме пульс должен восстановиться в следующей последовательности:

через 1 мин после физической нагрузки на 10 %;

через 3 мин - на 20 %;

через 5 мин - на 50 %;

через 10 мин - на 70 - 77 %.

За 100 % считается пульс в первые 10 сек после физической нагрузки. Если к концу 5 мин пульс превышает исходный на 20 - 25 ударов - тренирующая нагрузка завышена и тре­буется ее коррекция.

Для лиц пожилого возраста дозирование физической нагрузки проводится по степени различия частоты пульса в покое и в первую мин после 10 приседаний за 20 сек:

разница не более 10 ударов/мин - доступна средняя нагрузка (бег трусцой, ходьба со скоростью 5 - 6 км/ч, легкие спортивные игры;

разница от 10 до 20 ударов/мин - доступна малая нагрузка (бег исключен, ходьба со скоростью 4 км/ч);

разница 20 - 30 ударов/мин - доступна незначительная нагрузка (ходьба со скоростью 2 - 2,5 км/ч);

разница более 30 ударов/мин - занятия с дозированной физической нагрузкой могут проводиться только под контролем врача

Определение реакции организма на физическую нагрузку (индекс Руфье):

определяется частота пульса в 1 мин в покое (П 1);

делается 30 приседаний;

определяется частота пульса в 1 мин в первые 10 сек после нагрузки (П 2);

определяется частота пульса в 1 мин через одну мин после нагрузки (П 3).

Результаты измерений подставляются в формулу:

П 1 + П 2 + П з - 200 10

Оценка результатов: 0 - отличная реакция; 0 - 5 - хорошая реакция; 6 - 10 - удовлетво­рительная реакция; более 10 - слабая реакция.

Иммунопрофилактика.

Введение иммунизации позволило уменьшить инфекционную заболеваемость. Осо­бенно эффективными являются прививки против вирусных инфекций (оспа, полиомиелит), а также некоторых бактериальных болезней (дифтерия, столбняк). Однако в настоящее время наблюдается снижение активности иммунопрофилактики, что проявляется ростом инфекци­онной заболеваемости в ряде регионов России и мира. Особенно это касается туберкулеза, дифтерии, гепатита В.

Прививочные материалы. По способу изготовления прививочные материалы (вакци­ны) подразделяются на «живых» возбудителей, способных к размножению (корь, свинка, ту­беркулез, тиф, холера), и «убитых», не способных более к размножению микробов или их токсинов (весенне-летний клещевой энцефалит, бешенство, коклюш). От вида прививочного материала зависят его специфические свойства и возможные сочетания для соблюдения ин­тервалов между прививками.

После проведения прививки у пациента развивается иммунитет — невосприимчи­вость к инфекционным заболеваниям, против которого он получил прививку. Иммунитет бывает активный и пассивный.

Под активной иммунизацией понимается введение в организм антигенов (прививоч­ного материала), которые вызывают его собственное специфическое производство антител. Продолжительность достигнутой защиты зависит от вида прививки и индивидуальных осо­бенностей пациента. Иммунитет сохраняется от нескольких месяцев до пожизненного, а сте­пень эффективной защиты будет состоятельной при достижении достаточно высокого титра антител в крови привитого пациента.

Введение в организм чужих антител называется пассивной иммунизацией. Это заим­ствованный, временный иммунитет. Он быстро ослабевает и исчезает совсем. Защита орга­низма от инфекции при внутривенном введении иммуноглобулинов начинается сразу, при внутримышечном — через несколько часов. Продолжительность пассивного иммунитета за­висит от вида и количества введенных антител, скорости их уничтожения в организме при­витого пациента. Пассивная иммунизация целесообразна в том случае, если требуется вре­менная защита, а активную иммунизацию нельзя провести в силу определенных причин, например, временного противопоказания.

Согласно Федеральному закону «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» № 857 от 25. 09. 98 г. в РФ проводятся календарные прививки в детском возрасте, прививки по показаниям против гриппа, гепатита А и В, дифтерии, полиомиелита и особые прививки против холеры, тифа, желтой лихорадки отъезжающим лицам в неблагополучные районы мира. Против вирусного гепатита C, D, E и G вакцины до настоящего времени не разработа­ны.

Закаливание организма.

В организме человека функционирует система терморегуляции, ответственная за теп­лообразование и теплоотдачу. Место выработки тепла — скелетные мышцы. В коже есть ре­цепторы тепла и холода, от которых импульсы направляются в центры терморегуляции, за­тем они идут к сосудам, которые либо расширяются, вызывая потоотделение, либо сужива­ются, вызывая образование «гусиной кожи» или холодовой дрожи тела. Система терморегу­ляции поддается закаливанию. Человек может переносить колебания температуры от минус 86ОС до плюс 50ОС и выше.

Средствами закаливания являются солнце, воздух и вода.

Правила закаливания включают следующие требования:

1. Постепенность
2. Учет индивидуальных особенностей и климатических факторов
3. Систематичность
4. Положительный эмоциональный настрой организма на закаливание
5. Комплексность воздействия различных факторов
6. Сочетание закаливающих общих и местных процедур с физической активностью
7. Самоконтроль

Работа медицинской сестры в отделении профилактики и кабинете доврачебного приема поликлиники.

Медицинская сестра в отделении профилактики должна выполнять следующие меро­приятия:

* Организовывать лектории, школы, семинары для различных групп населения по вопросам охраны, сохранения и укрепления здоровья;
* Осуществлять учет профилактических осмотров (предварительных, периодиче­ских), учет и контроль профилактических прививок. Профилактические осмотры — осмотры граждан с целью первичной и вторичной профилактики, выявления гигиенического состоя­ния и проведения мероприятий, направленных на устранение вредных факторов внешней среды, обеспечения нормального психического и физического развития;
* Осуществлять сбор данных, тестирование и анкетирование с последующей выда­чей рекомендаций по формированию здорового образа жизни;
* Осуществлять инструментальные исследования (антропометрия, измерение АД, взвешивание и т. д.);
* Принимать участие в разработке методических материалов по медицинской про­филактике.

Кабинет доврачебного приема организуется в поликлинике для урегулирования пото­ка посетителей поликлиники и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. В основные задачи кабинета входят:

1. прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу;
2. направление на лабораторные анализы и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются в приеме врача;
3. проведение антропометрии, измерение АД, ЧДД, пульса, взвешивание и др. ;
4. заполнение паспортной части посыльного листа на МСЭ, санаторно-курортной кар­ты, оформление справок и др. ;
5. выявление основных факторов риска неинфекционных заболеваний;
6. участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;
7. проведение санитарно-просветительной работы.

Медицинская сестра принимает непосредственное участие в их осуществлении.

Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Предварительный медицинский осмотр проводится для разработки мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний, основанной на выявлении и устранении фак­торов риска профессиональной патологии. Все поступающие на работу с вредными и опас­ными условиями труда обязаны пройти предварительный медицинский осмотр для выявле­ния лиц, имеющих: 1) факторы риска развития профессиональной патологии и наличие признаков воздействия профессиональных вредностей; 2) различные хронические заболева­ния, которые под влиянием неблагоприятных для здоровья факторов производства могут обостриться или перейти в профессиональное заболевание.

Периодический медицинский осмотр проводится по графику среди работающих во вредных и опасных условиях труда и позволяет выявить и устранить факторы риска профес­сиональной патологии.

По данным медицинских осмотров для проведения лечебно-оздоровительных меро­приятий проводится отбор пациентов. Критериями отбора является:

1. фактор профессиональной вредности;
2. фактор времени контакта с вредностью;

В большинстве случаев решающим является продолжительность контакта с вредным фактором. Отбор пациентов с предболезнью по профессиональным заболеваниям проводится на основании наличия у них признаков воздействия профессионального фактора. Так, пред­болезнью пневмокониоза будет периодический кашель, металлокониоза — наличие сенсиби­лизации к промышленным аллергенам, вибрационной болезни — чувство ползания мурашек в пальцах рук, их похолодание, потливость кистей, а так же повышение порога вибрацион­ной и болевой чувствительности. Мероприятия по профилактике профессиональных заболе­ваний должны быть направлены на предупреждение и устранение как экзо-, так и эндоген­ных факторов риска

Проведение диспансеризации.

Диспансеризация — метод активного динамичного медицинского наблюдения за определенными контингентами лиц с целью сохранения и укрепления их здоровья. Для про­ведения диспансерного наблюдения все лица, проживающие на территории обслуживания, распределяются на следующие контингенты: инвалиды, участники войны и лица, прирав­ненные к ним; работающие на предприятиях и имеющие контакт с профессиональными вредностями; учащиеся ПТУ, средних и высших специальных учебных заведений; другие специальные группы населения.

Диспансеризации включает три этапа. На первом этапе проводится: 1) полицевой учет всех проживающих на участке обслуживания поликлиники (амбулатории); 2) распределение пациентов по контингентам; 3) разработка плана проведения профосмотров и объема иссле­дований.

Второй этап включает: 1) проведение профосмотров и исследований; 2) оценку состо­яния здоровья контингентов (по результатам исследования); 3) распределение пациентов по группам учета; 4) составление индивидуальных программ по первичной и вторичной профи­лактике.

На третьем этапе проводится: 1) динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов и выполнение оздоровительных программ; 2) оценка эффективности и качества

диспансеризации.

Обязательный объем исследований на этапах диспансеризации включает лаборатор­ные, инструментальные, функциональные, которые должны обеспечить эффективность наблюдения за состоянием здоровья диспансеризуемых. Данные осмотра и заключение о со­стоянии здоровья пациентов, независимо от того, где он проводился, учитываются и не дуб­лируются в течение шести месяцев. Длительность дообследования не должна превышать се­ми дней.

После заключительного осмотра всех пациентов распределяют по группам диспан­серного наблюдения. Первая группа — здоровые лица и лица с «пограничными состояния­ми», не предъявляющие жалоб, у которых в анамнезе не отмечено хронических заболеваний или нарушений функции отдельных органов или систем. Вторая группа — практически здо­ровые лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания, но не имеющие обострений в течение 3-5 лет. Третья группа (больные) распределяется на 3 подгруппы. Пер­вая подгруппа этой группы — больные с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями; вторая подгруппа — больные с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и длительными обострениями; третья подгруппа — больные с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, стойкой утратой трудо­способности.

На всех пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, медицинская сестра запол­няет «контрольную карту диспансерного больного» (ф. 030/у), в которой указываются их контрольные явки в поликлинику.

Проблемно-ситуационная задача.

Пациент Р., 1978 года рождения, преподаватель колледжа, вызван в поликлинику ме­дицинской сестрой для диспансерного наблюдения. Диагноз: Реконвалесцент после острой пневмонии. Установлено: пациент жалоб не предъявляет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые, обыч­ной окраски. Температура тела 36,3О С. ЧДД 14 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет Пульс 74 в минуту, удовлетворительного наполнения АД 125/75 мм рт. ст. Тоны сердца яс­ные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Программа диспансерного наблюдения реконвалесцентов после острой пневмонии предусматривает:

1. Консультации терапевта (3 раза в течение 6 мес.).
2. Консультации ЛОР-врача, стоматолога (1 раз).
3. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови (С-реактивный белок, ДФА-проба, сиаловые кислоты, фибриноген) 1 раз через 6 мес., флюорография, спирография, общий анализ мокроты — 2 раза (через 1 и 6 мес.).
4. Профилактическое лечение включает: диету, режим двигательной активности, ви­таминотерапию, симптоматическую терапию, закаливающие процедуры и оздоровительные мероприятия (сауна), санацию очагов хронической инфекции, отказ от курения.

Задания

1. Поставить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией по вы­полнению программы диспансерного наблюдения пациента.
2. Объяснить пациенту программу диспансерного наблюдения.
3. Обеспечить выполнение пациентом назначенного врачом лабораторного и инстру­ментального обследования и получение профилактического лечения.

Эталон ответов

Краткосрочная цель: пациент пройдет полное обследование согласно программы и получит полный курс профилактического лечения.

Долгосрочная цель: через 6 мес. у пациента будет отмечено отсутствие клинических, функциональных и рентгенологических признаков остаточных явлений перенесенной пнев­монии.

Сестринские вмешательства

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить подготовку к лабораторным и функцио­нальным исследованиям | Для контроля состояния |
| 2. Направить пациента с результатами исследования на прием к терапевту | Для заключения о состоянии здоровья пациента |
| 3. По указанию врача выписать пациенту рецепты для приобретения лекарственных препаратов | Для выполнения программы предупредительного лечения |
| 4. Способствовать по рекомендации врача проведению нелекарственных способов лечения (устранение вредных привычек, физическая активность, правильный режим пи­тания и диета, богатая белками и витаминами, фитотера­пия) | Для эффективного профилак­тического лечения и для улучшения репаративных про­цессов в легочной ткани |
| 5. Обеспечить выполнение программы ЛФК | Для восстановления функций легких |
| 6. Осуществить контроль за соблюдением предписанного врачом режима физической активности, приема назначен­ных лекарственных препаратов | Для эффективного лечения |

Оценка: пациент прошел обследование и получил профилактическое лечение по пол­ной программе. Цель достигнута.

Реабилитация.

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам реабилитации, то есть вос­становлению здоровья у лиц, перенесших тяжелые заболевания (пневмония, инфаркт мио­карда, инсульт, острый нефрит, гепатит и др.) и инвалидов. Достигается это сочетанным применением комплекса медицинских, психологических, педагогических, социальных, про­фессиональных, трудовых мероприятий. В процессе реабилитации выделяют три этапа:

Первый этап. Восстановительное лечение. Направлено на восстановление нарушен­ных функций и здоровья пациентов (стационар, поликлиника, санаторий).

Второй этап. Социализация и ресоциализация. Направлено на развитие, формирова­ние, восстановление или компенсацию социальных навыков и функций, обычных видов жизнедеятельности и социально-ролевых установок пациента.

Третий этап. Социальной интеграция и реинтеграция и. Обеспечивает восстановление социального статуса пациента. Создание условий для включения или возвращение в обыч­ные условия жизни вместе и наравне со всеми членами общества.

На каждого пациента составляется индивидуальная программа реабилитации со свои­ми целями и задачами, мерами, средствами и методами.

Средствами реабилитации являются ЛФК, массаж, физиотерапия, фитотерапия, ману­альная терапия и др. Для проведения реабилитации используются центры восстановительной терапии существуют центры профессиональной реабилитации, центры здоровья, специаль­ные учебные заведения, территориальные центры социальной защиты, дома-интернаты, в работе которых, медицинская сестра принимает непосредственное участие.

Лекция № 5. Паллиативный сестринский уход

**План лекции:**

1. Определение понятия паллиативный уход.
2. Паллиативный уход в сестринской практике.
3. Хоспис — особая медицинская служба

**Определение понятия паллиативный уход.**

Одним из приоритетных направлений, предусмотренных программой развития сест­ринского дела, является использование новых организационных форм и технологий оказания медицинской помощи сестринским персоналом, предоставлении медицинской сестре орга­низационной и профессиональной самостоятельности на рабочем месте в рамках ее компе­тенции. Такой формой является организация палат, отделений и больниц сестринского ухода за пациентами (хосписов), которым необходима, в основном, сестринская помощь. Уход за пациентами в них осуществляется в рамках сестринского процесса, где каждая медицинская сестра ведет несколько больных, собирает информацию, оценивает проблемы, составляет план ухода, осуществляет вмешательства, проводит оценку результатов вмешательств и, при необходимости, разрабатывает и проводит мероприятия по коррекции ухода.

Уход за неизлечимыми больными является неотъемлемой практикой медицинской сестры территориального участка поликлиники и требует пристального внимания. Термин «паллиативный» имеет латинское происхождение («pallium» — плащ, покрытие) и относится к помощи пациентам с неизлечимой или терминальной стадией заболевания. Заботу и мило­сердие к неизлечимо больным и умирающим принесло в Европу христианство. Античные медики, следуя учению Гиппократа, полагали, что медицина не должна «протягивать руки» к тем, кто уже побежден болезнью. Помощь безнадежно больным считалась оскорблением бо­гов: «смертному человеку, даже наделенному даром врачевания, не пристало сомневаться в том, что боги вынесли больному смертный приговор». Вплоть до 19 века безнадежно боль­ные доживали свои дни почти без всякой медицинской помощи в домах призрения. В начале 19 века врачи редко приходили к умирающим больным, даже чтобы констатировать смерть.

По определению экспертов ВОЗ, паллиативный уход утверждает жизнь и рассматри­вает смерть как нормальный процесс; не ускоряет и не замедляет смерть; воспринимает па­циента и его семью как единое целое для своей заботы; обеспечивает облегчение боли и дру­гих тягостных симптомов; объединяет психологические, социальные и духовные аспекты за­боты и лечения пациентов; предоставляет пациентам систему поддержки активной жизни до самой смерти, насколько это возможно; предоставляет систему поддержки и помощи семье в период болезни и смерти близкого человека.

Во многих регионах мира ученые и практики паллиативной медицины, социальные работники, представители религиозных конфессий вырабатывают единую стратегию паллиа­тивного ухода. В основе такого подхода лежит система поддержки пациента, помогающая ему жить насколько возможно качественно в финальный период его жизни.

Паллиативный уход в сестринской практике.

Паллиативный уход за пациентом основан на искренней заботе и милосердии; психо­логической и духовной поддержке пациента перед надвигающейся смертью и включает устранение и облегчение страданий обреченных пациентов; психологическую помощь чле­нам семьи и близким умирающего пациента.

В настоящее время ВОЗ разработаны детальные рекомендации по современным мето­дам паллиативного ухода за пациентами с наиболее типичными тягостными симптомами (боль, рвота, параличи, недержание мочи, кала и др.). Симптом может быть обусловлен дей­ствием множества факторов, причинами его появления могут быть:

* само заболевание;
* лечение и в ряде ситуаций его неблагоприятное последствие;
* неподвижность и длительное пребывание в постели;
* сопутствующие заболевания.

Пациент не должен терять надежду. Надежду можно поддерживать только тогда, ко­гда есть цель. В конце жизни ею может стать избавление от боли или спокойная смерть. Каждый пациент нуждается в психологической поддержке. Нужно помочь больному перебо­роть страх смерти, успокоить, обсудить с ним его семейные и духовные проблемы. Важно убедить больного, что для устранения боли и других тягостных симптомов будет сделано все возможное. Обычно последовательное выполнение назначений врача дает больший эффект, нежели попытки немедленного облегчения.

Боль, являясь одной из наиболее частых проблем больных, представляет собой непри­ятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возмож­ным повреждением тканей. Боль всегда субъективна. Причинами боли обычно являются рост и распространение опухоли, поражение костей, сдавление нервных стволов, вовлечение в процесс внутренних органов, мышечный спазм, нарушение технологии ухода и техники вы­полнения манипуляций, отсутствие общения и информации, бессонница, депрессия, страх.

Тотальная хроническая боль встречается чрезвычайно часто у больных раком. Хрони­ческое болевое состояние у пациентов с раком означает не только мучительное ощущение, но и дополнительное постоянное предугадывание смерти и возможных еще больших страда­ний; пациенты описывают боль не только как физическое, но и как эмоциональное, социаль­ное и духовное страдания. Поэтому обезболивающее лечение больных раком в терминальной стадии требует соблюдения следующих правил:

* лечить не только пациента, но и его семью;
* для специфического купирования боли необходимо дифференцировать вид и лока­лизацию боли;
* боль следует лечить превентивно, а не по потребности;
* при купировании боли исходить из принципа, что пациент всегда прав;
* ограничить и держать под контролем использование пациентом собственных ле­карственных средств.

ВОЗ разработала и рекомендовала трехступенчатую схему фармакотерапии при обез­боливании онкологических больных. В России также широко используются различные схе­мы купирования хронической боли:

* 1 ступень — ненаркотические анальгетики; по показаниям адьювантная терапия,
* 2 ступень — слабый опиат, по показаниям адьювантная терапия,
* 3 ступень — сильный опиат, по показаниям адьювантная терапия.

К адьювантным средствам относятся глюкокортикоиды (дексаметозон или преднизо- лон), антиконвульсанты (финлепсин), психотропные средства (диазепам, феназепам, галопе- ридол).

К новым патогеническим средствам снижения интенсивности хронической боли отно­сят клофелин, верапамил, апротинин, трансамин, имеющих ряд важных преимуществ: наркологическую безопасность, неопиоидную природу, отсутствие депрессии дыхания, мед­ленное развитие устойчивости к болеутоляющему эффекту.

Решение психологических проблем уходящего из жизни больного должно обеспечить:

* чувство безопасности и поддержки;
* ощущение принадлежности семье, где он не должен чувствовать себя обузой;
* любовь близких, проявление к нему внимания, общение;
* понимание (объяснение симптомов и течения болезни);
* принятие обществом других людей независимо от настроения, общительности, внешнего вида;
* самооценку в принятии решений (чувство собственного достоинства).

Это даст адекватное облегчение боли и других симптомов. Кроме того, когда человек длительно страдает от прогрессирующей, неизлечимой и в конечном итоге смертельной бо­лезни, он задается вопросом о смысле и цели жизни: «Почему именно я?», «За что мне выпа­ли такие страдания?», «Каков в этом смысл?». Несмотря на то, что эти вопросы больные за­дают своим родственникам, друзьям и медицинским работникам, их объяснение следует по­ручить специально подготовленному психологу.

Когда мы говорим о потере жизни, мы имеем в виду того, кто уходит или ушел от нас, потеряв жизнь, и тех, кто переживает потерю в связи с уходом из жизни близкого человека. Медицинская сестра чаще других сталкивается с потерями, в том числе и со смертью, часто не просто «профессионально» подходит к этим эпизодам и событиям, но и старается защи­тить себя от их воздействия, становится более жесткой, замкнутой. Однако глубокое пони­мание всех проблем пациента, всю гамму возникающих у него физических, психологиче­ских, социальных и духовных страданий, которые он испытывает до последнего момента

жизни помогают ей осуществлять свои обязанности действительно профессионально.

Естественная реакция человека на потерю жизни — чувство горевания, которое помо­гает ему адаптироваться к потере. Каждый человек реагирует на предстоящую потерю жизни (смерть) по-своему. Тем не менее, есть определенный комплекс реакций, которые проходит всякий человек, переживающий потерю. По Э. Кюблер-Росс (1973) этот комплекс включает 5 эмоциональных стадий. Время, которое необходимо каждому человеку, переживающему по­терю, чтобы пройти этих 5 стадий, сугубо индивидуально.

Первая стадия горевания — реакция отрицания — характеризуется тем, что при по­лучении известия о хронической, в том числе опасной для жизни болезни и/или предстоящей потере жизни близкого ему человека, переживающий потерю испытывает психологический шок, который может перейти в психические припадки или истерику. «Этого не может быть!» — заявляет он себе и/или окружающим. Болезнь остается чем-то негативным, внутренняя полемика отвергается или расценивается как проявление слабости, что еще более усугубляет ситуацию. По мере ухудшения самочувствия, отрицание возможности самой смерти может сочетаться с предчувствием истинного положения, а в некоторых случаях даже с полным осознанием неизбежной смерти. В этой стадии надо не мешать больному.

Вторая стадия горевания проявляется обостренной реакцией злости, гнева, агрессии, направленной как на самого себя, так и того кто непосредственно несет ответственность за случившееся. Злость может быть направлена на семью или медицинскую сестру, что мешает принять заботу или уход. Человек разгневан, возмущен. Он спрашивает себя: «Почему имен­но мне это выпало?». Он страдает от этой мысли и готов на все, лишь бы предотвратить по­терю. Гнев и злость порождают другие эмоции — страх и разочарование, которые побужда­ют его «заключить сделку», «вести переговоры» с высшим духовным существом. В этой ста­дии надо дать возможность пациенту высказаться.

Ведение переговоров с высшим духовным существом является третьей стадией горе­вания. Человек обещает «Ему» что-то сделать (чаще это внесение крупной суммы денег в церковь для передачи «Ему»), если «Он» даст ему отсрочку, возможность дожить до опреде­ленной даты или исцелит его. В этой стадии, как и в четвертой, необходимо разделить пере­живание с пациентом.

Однако ничего этого не происходит и человек впадает в депрессию, растерянность и разочарование — четвертую стадию горевания. Находясь в этой стадии он начинает реаль­но ощущать близкий приход смерти или потерю любимого человека, испытывать грусть в связи с прошлыми радостями жизни, обиду в связи с нереализованными планами. Он часто плачет, отчужден, теряет интерес к дому, близким людям. Его интересует только собствен­ный комфорт. В это время надо дать ему выговориться и не пытаться его ободрить.

Последняя, пятая стадия горевания, — принятие потери, смерти сопровождается желанием человека (умирающего) сделать все возможное, чтобы смягчить у близких боль утраты. Это означает прощание с жизнью, осознание смерти. Здесь важно дать больному время и возможность самому осознать, «принять» горе.

Часто человек, переживающий потерю, последовательно переходит от одной стадии горевания к другой. Но он может и возвращаться к уже пройденной стадии. Сильное горе, связанное с потерей близкого человека, может длиться от 6 до 12 мес., а скорбь, которая за­тем наступает, — от 3 до 5 лет.

Страх смерти в большинстве случаев связан со страхом самого процесса умирания, который при хронических неизлечимых заболеваниях, как правило, сопровождается нарас­танием беспомощности вследствие потери физических возможностей и нормальных функ­ций организма, ощущением зависимости от окружающих и связанного с этим унижением собственного достоинства. Поэтому необходимо убедить пациента и его родственников в том, что его или их близкого человека не бросят, а будут заботиться о нем до последних ми­нут его жизни.

Самое главное, что хочет слышать пациент во время надвигающегося конца от меди­цинской сестры и близких родственников: «Чтобы ни случилось, мы не оставим вас». По­этому необходимо постоянно создавать ему возможность обратиться к кому-либо за под­держкой, поощрять его способность горевать, так как это помогает ему справиться со своими чувствами. Не нужно препятствовать проявлению отрицательных эмоций. Такт, выдержка, чуткость, внимание и сопереживание помогут расположить к себе внимание обреченного па­циента и его близких.

Общение с пациентом должно быть не только словесным. Очень важно дружеское прикосновение к пациенту, поглаживание его руки, можно обнять его и сказать: «Я рад по­быть с тобой» и замолчать. Пусть многословие отступит, даст место глубокому, собранному, подлинной человеческой заботливости молчанию. Умирающему не нужны малозначимые слова и наигранные эмоции, ему важнее ваше молчаливое сочувствие.

Если больной с неизлечимым заболеванием находится дома, то заботы о нем большей частью ложатся на плечи членов семьи. Родственники должны быть готовы к уходу за боль­ным, приготовлению подходящей пищи, введению анальгетиков и других необходимых ле­карств.

Обязанности медицинской сестры предусматривает практическое обучение родствен­ников и выработка ими навыков по уходу за больным дома, его перекладывание и перевора­чивание в постели, уход при физиологических отправлениях, личная гигиена. Нужно объяс­нить родственникам, что от них в равной степени, как и от медицинской сестры, зависит сте­пень надежды пациента на поддержание необходимого качества жизни. Одна из целей палли­ативного ухода — поддержка родственников больного, иногда потребуется дополнитель­ная помощь психолога, работающего в этой области.

Несмотря на нарастающую слабость пациента и его беспомощность, нельзя забывать о его праве отказаться от проведения процедур. Следует поощрять больного осуществлять самоуход настолько, насколько позволяют его силы и возможности.

Хоспис — особая медико-социальная служба.

Первый стационарный хоспис был создан в Англии в 1967 году, задачей которого явилось создание поддержки больному, чтобы помочь ему жить активной жизнью, а не от­срочить смерть, так как, к сожалению, медицина бывает бессильна. Затем появились хосписы в Польше (1972), а в России лишь в 1990 году в Ленинграде, в 1997 году в Москве. В России существует около 20 стационарных хосписов.

Основу службы хосписа составляют следующие положения:

* смерть — естественный процесс, который нельзя ускорить или тормозить;
* паллиативная помощь создает не условия для облегчения смерти, а обеспечивает качество жизни;
* качество жизни обеспечивается симптоматическим лечением;
* поддержка больного осуществляется персоналом хосписа в единой команде с род­ственниками и близкими больного;
* компетентность сотрудников хосписа и их полная самоотдача являются основой доверия пациента.

К желаниям пациента в хосписе относятся внимательно, помня об обычае, сложив­шимся у людей: исполнять «последнее желание» умирающего, каким бы оно ни было. Его исполнение в хосписе обязательно. Только в хосписе личность пациента, его желание по­ставлено на первый план.

Хосписом заведует врач или медицинская сестра с высшим образованием, персонал — медицинские сестры.

Хоспис — это не обычное лечебно-профилактическое учреждение. Привычные кри­терии оценки работы медицинского учреждения, складывающиеся из оборота койки, количе­ства манипуляций, исследований, операций и других показателей здесь применить нельзя. В хосписе не только создаются условия, ограничивающие и резко уменьшающие страдания больного, но и сокращаются затраты общества на содержание таких пациентов.