

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. НИКОЛАЯ ТЕСТЕМИЦАНУ**

Кафедра семейной медицины

**ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ УХОДА ЗА
БОЛЬНЫМИ. МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ**

УНИВЕРСИТЕТСКИЙ КУРС

*для студентов второго курса,
интегрированная программа высшего образования
0912.1 Медицина*



Кишинэу, 2025



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. НИКОЛАЕ ТЕСТЕМИЦАНУ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА



Кафедра семейной медицины

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ. МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УНИВЕРСИТЕТСКИЙ КУРС

*для студентов второго курса,
интегрированная программа высшего образования
0912.1 Медицина*

Кишинэу
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2025

CZU 614.253.1/.3:616-082-083(075.8)

П 691

Утверждено на заседании Кафедры семейной медицины,

Протокол № 08 от 21.01.2025 г.

Утверждено на заседании Научно-методической комиссии по Внутренней
медицине, Протокол № 02 от 24.03.2025 г.

Утверждено на заседании Совета по Менеджменту Качества,
Протокол № 7 от 14.04.2025 г.

Координирующий автор:

Виргиния ШАЛАРУ, доктор медицинских наук, доцент

Авторы:

Наталья ЗАРБАЙЛОВА, хабилитированный доктор медицинских наук, доцент

Стела АДАУЖИ, хабилитированный доктор фармацевтических наук, доцент

Жанна КИХАЙ, хабилитированный доктор медицинских наук, доцент

Галина БУТА, доктор медицинских наук, доцент

Луминица СУВЕЙКА, доктор биологических наук, доцент

Алиса ТЭБЫРЦЭ, доктор медицинских наук, доцент

Мария ГАРАБАЖИУ, доктор медицинских наук, ассистент

Лора ГЫЦУ, доктор медицинских наук, доцент

Диана КИОСА, ассистент

Мария МУНТЯН, ассистент

Людмила ПОСТИКА, ассистент

Екатерина СКОАРЦЭ, ассистент

Рецензенты:

Генадий КУРОЧКИН, хабилитированный доктор медицинских наук,
профессор

Елена СТЕМПОВСКАЯ, доктор психологии, доцент, президент Ассоциации
Нурсинга Республики Молдова

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Практические навыки ухода за больными. Межпрофессиональное образование: Университетский курс / авторы: Виргиния Шалару (координатор), Наталья Зарбайлова, Стела Адаужи [и др.]; Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николае Тестемицану Республики Молдова, Кафедра семейной медицины. – Кишинэу: СЕР *Medicina*, 2025. – 329 p.: fig. color, tab.

Aut. indicați pe verso p. de tit. – Bibliogr.: p. 324-327 (46 tit.). – [150] ex.

ISBN 978-9975-82-434-7.

614.253.1/.3:616-082-083(075.8)

П 691

ISBN 978-9975-82-434-7

© СЕР *Medicina*, 2025

© Виргиния Шалару и др., 2025

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
1. МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	5
2. ОБЩЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ ПО УХОДУ	12
3. РАБОТА В КОМАНДЕ.....	27
4. РОЛИ ЧЛЕНОВ КОМАНДЫ.....	35
5. ЧЕЛОВЕК И БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ. КОНЦЕПЦИЯ ВИРДЖИНИИ ХЕНДЕРСОН	63
6. ПРОЦЕСС УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ	77
7. ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ	95
7.1 ДЫХАНИЕ И ХОРОШЕЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ.....	95
7.2 НЕОБХОДИМОСТЬ В ПИЩЕ И ЖИДКОСТИ.....	106
7.3. ПОТРЕБНОСТЬ ВЫДЕЛЯТЬ	127
7.4 ДВИЖЕНИЕ И ХОРОШАЯ ОСАНКА	152
7.5. ПОТРЕБНОСТЬ ВО СНЕ И ОТДЫХЕ	194
7.6. ПОТРЕБНОСТЬ ОДЕВАТЬСЯ, РАЗДЕВАТЬСЯ	214
7.7. ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА	223
7.8. ЧИСТОТА, УХОД ЗА СОБОЙ, ЗАЩИТА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК	236
7.9. БЕЗОПАСНОСТЬ И ЗАЩИЩЁННОСТЬ.....	245
7.10. ПОТРЕБНОСТЬ В ОБЩЕНИИ.....	271
7.11. ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЯХ, ВЕРОИСПОВЕДАНИИ	290
7.12. ПОТРЕБНОСТЬ РЕАЛИЗОВАТЬ СЕБЯ И БЫТЬ ПОЛЕЗНЫМ	298
7.13. ПОТРЕБНОСТЬ В ОТДЫХЕ.....	307
7.14. ПОТРЕБНОСТЬ БЫТЬ ЗДОРОВЫМ.....	312
БИБЛИОГРАФИЯ.....	324
<i>ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КАРТА МЕДСЕСТРЫ</i>	<i>328</i>
<i>ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ТИПОВОЙ ПЛАН УХОДА.....</i>	<i>329</i>

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

FIP – Международная фармацевтическая федерация

GCP – Надлежащая клиническая практика

GDP – Надлежащая дистрибьюторская практика

GLP – Надлежащая лабораторная практика

GMP – Надлежащая производственная практика

GPP – Надлежащая аптечная практика

GSP – Надлежащая практика хранения

GTP – Надлежащая практика перевозки

GXP – Совокупность надлежащей практики в области лекарственных средств и фармацевтической деятельности

MU – Медицинское учреждение

OMU – Общественное медицинское учреждение

IPEC – Межпрофессиональное сотрудничество в области образования

MZ – Министерство здравоохранения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

РИЛ – Рациональное использование лекарственных средств

1. МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Автор: Виргиния Шалару

Феномен глобализации, перенапряжение систем здравоохранения, недостаток ресурсов по сравнению с растущим спросом на качественные медицинские услуги привели к необходимости укрепления систем здравоохранения. Кризис человеческих ресурсов для здравоохранения был единодушно признан важнейшим препятствием на пути достижения связанных со здоровьем Целей развития тысячелетия. Так, в 2006 году на 59-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения была принята резолюция ВАЗ 59.2 в ответ на кризис человеческих ресурсов для здравоохранения. В ней содержался призыв к быстрому расширению производства медицинских кадров с помощью различных стратегий, включая использование "инновационных подходов к обучению в промышленно развитых и развивающихся странах". Одним из наиболее перспективных решений было межпрофессиональное сотрудничество.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и ее партнеры заявили, что межпрофессиональное сотрудничество – это инновационная стратегия как в обучении, так и на практике, которая сыграет важную роль в преодолении глобального кризиса кадров в сфере здравоохранения. Таким образом, межпрофессиональное образование (МПО) – это образовательный процесс, в котором студенты двух или более специальностей (профессий) учатся друг у друга и вместе, что позволяет эффективно сотрудничать и улучшать состояние здоровья. МПО является важным педагогическим подходом в медицинском образовании и считается решающим в подготовке медицинских работников к оказанию безопасного, высококачественного и оптимального ухода за пациентами.

Совместно с ВОЗ, Национальные академии практик, Американская Ассоциация Общественного Здравоохранения и Институт медицины – вот лишь некоторые из многих организаций, которые поддерживали его внедрение и развитие. Следующим шагом после

межпрофессионального образования будет совместная практика. Данные, представленные в систематическом обзоре Ривза и соавторов, свидетельствуют об улучшении результатов лечения пациентов, совершенствовании клинических процессов и повышении удовлетворенности пациентов при использовании межпрофессионального подхода. Раннее знакомство студентов с МПО как будущих специалистов здравоохранения необходимо для их позитивного отношения к междисциплинарной командной работе.

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Профессионал здравоохранения/работник здравоохранения – это комплексный термин, обозначающий всех людей, участвующих в действиях, основной целью которых является улучшение здоровья. В это определение включены профессионалы, которые укрепляют и поддерживают здоровье, те, кто диагностирует и лечит заболевания, а также вспомогательные работники, профессионалы с отдельными/ уникальными, регулируемыми или нерегулируемыми, традиционными или дополнительными областями компетенции (ВОЗ, 2006).

Межпрофессиональное обучение происходит, когда представители двух или более профессий учатся друг у друга, на базе друг друга и вместе друг с другом, чтобы обеспечить эффективное сотрудничество и улучшить результаты в области здравоохранения. Термин "профессионал" включает людей, обладающих знаниями и/или навыками, которые способствуют физическому, психическому и социальному благополучию общества (ВОЗ, 2010).

Совместная практика в здравоохранении – это когда несколько медицинских работников разного профессионального уровня предоставляют комплексные услуги, работая с пациентами, их семьями, опекунами и сообществами, обеспечивая тем самым высочайшее качество ухода на различных уровнях обслуживания и/или в сообществе. "Практика" включает как клиническую, так и неклиническую деятельность, связанную со здоровьем, например, диагностику, лечение, наблюдение, медицинскую коммуникацию, управление здравоохранением, санитарную технику и т.д. (ВОЗ, 2010)

Системы здравоохранения и образования – это совокупность организаций, отдельных людей и действий, основной целью которых является укрепление, восстановление или поддержание здоровья, а также содействие обучению в области здоровья.

* Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов (Всемирная Организация Здравоохранения, 1948).

* Образование – это любой формальный или неформальный процесс, способствующий обучению, которое представляет собой любое поведение, информации, знаний, понимания, отношения, ценностей или навыков (Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, 1997).

Первое упоминание о МПО появилось в статье 1969 года "Межпрофессиональное образование в науках о здоровье", в которой сообщалось, что медицинские работники используют свои таланты не по назначению, в результате чего ограниченные человеческие ресурсы расходуются впустую. Факты также указывают на фрагментацию, разделение и неэффективную коммуникацию между теми, кто предоставляет различные компоненты медицинских услуг. Таким образом, был создан комитет по МПО в области медицинских наук для продвижения межпрофессионального образования и экспериментов с образовательными программами, после чего он сможет дать соответствующие рекомендации о том, чему и как студенты должны учиться вместе. Уходя корнями в 1960-е и 1970-е годы, в основном в Великобритании и США, движение МПО стало более динамичным в конце 1980-х годов благодаря двум отчетам ВОЗ: "Непрерывное образование для врачей" и "Учимся вместе, чтобы вместе работать на благо здоровья". Первые усилия МПО были основаны в основном на предположении, что работа в команде и сотрудничество не только помогают лучше удовлетворять потребности пациентов и клиентов, но и помогают разрешить напряженность между профессиями, работающими в непосредственной близости друг от друга. Обилие концепций и мнений относительно МПО ограничило широкое применение этих принципов в медицинском образовании. Весь спектр определений и подходов был систематизирован ВОЗ в 2008 году, которая отметила, что во многих ситуациях медицинские работники уже работают в различных типах команд и активно общаются для планирования и оказания помощи.

Хотя МПО – старая концепция в сфере здравоохранения, она набрала обороты в 2009 году, когда шесть национальных образовательных ассоциаций школ медицинских профессий в США сформировали

(Interprofessional Education Collaborative – IPEC) для продвижения и поощрения усилий, способствующих межпрофессиональному образованию, чтобы помочь подготовить будущих медицинских работников. Эксперты IPEC впервые сформулировали компетенции IPE в 2011 году, которые были обновлены в 2016 году (Рис. 1).

Экспертная группа IPEC разработала четыре основные межпрофессиональные компетенции, а именно: этика, коммуникация, роли и обязанности, команды и командная работа, чтобы улучшить сотрудничество между медицинскими работниками и улучшить результаты лечения. Основные компетенции и подкомпетенции, показанные на рис. 1, включают: ориентацию на пациента и семью, сообщество и население, ориентацию на взаимоотношения, ориентацию на процесс, связь с учебной деятельностью, образовательными стратегиями и оценкой поведения, которые соответствуют уровню развития учащегося; могут быть интегрированы в непрерывный процесс обучения; чувствительны к системному контексту и применимы к клинической практике; применимы в разных профессиях; имеют общие определения и ориентированы на результат.



Рис. 1. Область компетенции межпрофессионального сотрудничества
(Адаптировано после: Основные компетенции для межпрофессиональной совместной практики: 2016).

Таким образом, 4 основные компетенции включают в себя:

1. Работая с представителями других профессий, поддерживайте атмосферу взаимного уважения и общих ценностей (Ценности/Этика для межпрофессиональной практики).

2. Используйте знания о своей роли и роли других профессий для адекватной оценки и удовлетворения потребностей пациентов в медицинском обслуживании и укреплении здоровья (Роли/Обязанности).

3. Общайтесь с пациентами, семьями, сообществами, медицинскими и другими специалистами чутко и ответственно, поддерживая командную работу по укреплению и поддержанию здоровья, профилактике и лечению заболеваний (межпрофессиональное общение).

4. Применяйте ценности построения взаимоотношений и принципы командной динамики, чтобы эффективно работать в различных командных ролях для планирования, предоставления и оценки ухода, ориентированного на пациента/население, программ и политики в области здоровья населения, которые являются безопасными, своевременными, эффективными и справедливыми (Команды и командная работа).

В 2023 году был запущен процесс пересмотра третичного образования. Основными движущими силами этого процесса являются: необходимость предоставить сообществу МПО лучшие имеющиеся данные и исследования в этой области, пересмотреть общие определения компетенций и убедиться, что Квалификационная рамка соответствует требованиям рынка труда, существующим данным и научно-техническим достижениям в области здравоохранения.

Обширные исследования в области педагогики медицины и общественного здравоохранения показали, что пациенты получают более безопасное и качественное обслуживание, когда медицинские работники эффективно работают в команде, продуктивно общаются и понимают роли друг друга. Тем не менее, МПО не является нормой для большинства медицинских университетов или других учебных заведений, специализирующихся на медицинских профессиях. Некоторые эксперты считают, что МПО является обязательным

компонентом для студентов-медиков, поскольку врач чаще всего является координатором команды по оказанию помощи, а это требует знаний и навыков работы в команде, а также четкого представления о роли и обязанностях каждого члена команды. Харден Р.М. и соавторы рекомендуют вводить МПО в медицинское образование в начале учебного курса. Его предложение обосновывается тем, что раннее введение МПО сформирует молодые умы и привьет соответствующее отношение к другим медицинским работникам до того, как возникнут какие-либо предрассудки.

Межпрофессиональное образование предполагает, что преподаватели и студенты двух или более медицинских профессий создают и развивают совместную среду обучения. Цель этих усилий – развить знания, навыки и отношение, которые приведут к поведению и компетенциям межпрофессиональной команды. В идеале, межпрофессиональное образование внедряется в учебный план вертикально и горизонтально интегрированным образом.

Цель МПО – научить студентов работать в межпрофессиональной команде и перенести эти знания, навыки и ценности в свою будущую практику, в конечном итоге предоставляя комплексные услуги, ориентированные на потребности пациента. Межпрофессиональная команда состоит из представителей разных медицинских профессий, обладающих специализированными знаниями и навыками. Целью межпрофессиональной команды является оказание помощи, ориентированной на пациента, на основе совместной работы. Команда ставит перед собой общую цель и, используя индивидуальный опыт каждого члена команды, работает вместе для достижения поставленной цели. Члены команды обобщают свои наблюдения и профессиональные знания, чтобы сотрудничать и общаться как единая команда для оптимального ухода за пациентом. В этой модели ценится совместное принятие решений, и каждый член команды имеет право взять на себя инициативу в вопросах ухода за пациентом, соответствующих его компетенции. Например, определение терапевтической схемы или оперативной техники является прерогативой врача, а аспекты постоянного ухода, наблюдения и мониторинга, а также санитарного

просвещения – прерогативой медсестры. В отличие от этого, медицинские работники из разных дисциплин не рассматриваются как межпрофессиональная команда, поскольку они проводят индивидуальную оценку состояния пациента и самостоятельно разрабатывают план лечения. В этой традиционной модели врач обычно заказывает услуги и координирует уход, а отсутствие сотрудничества может способствовать дублированию или фрагментации услуг.

Медицинская практика все больше зависит от межпрофессионального сотрудничества для оказания высококачественной помощи, ориентированной на пациента. Таким образом, включение МПО в учебную программу медицинского образования на ранних этапах обеспечит хорошую подготовку медицинских специалистов к работе в команде.

2. ОБЩЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ ПО УХОДУ

Автор: Наталья Зарбаилова

"Обширные исследования показали, что независимо от того, какими знаниями обладает врач, если он не способен начать открытое общение с пациентом, он не сможет ему помочь".

Аснани М.Р.

Слово "общение" происходит от латинского слова "*communis*", что означает "*общий*". Это означает, что мы пытаемся установить "общность" с кем-то в процессе общения. *Буквально, общение означает информировать, рассказывать, показывать или распространять информацию.* Таким образом, его можно интерпретировать как обмен мыслями или информацией, который приносит понимание и доверие для бесперебойного функционирования производственных отношений. Суть этого процесса заключается в передаче или отправке информации от отправителя к получателю.

Определения коммуникации

КОММУНИКАЦИЯ – это процесс передачи информации, мыслей, мнений от отправителя к получателю с помощью речи, письма или знаков.

- Передача информации от одного человека к другому, независимо от того, вызывает она доверие или нет. (*Кунц и О Донелл*)
- Общение – это обмен фактами, идеями, мнениями или эмоциями между двумя или более людьми. (*Джордж Р. Терри*)
- Общение – это процесс, в ходе которого информация передается между людьми и/или организациями с помощью заранее согласованных символов. (*Питер Дитл*)
- Общение – это обмен мыслями, мнениями или информацией с помощью речи, письма или знаков. (*Роберт Андерсон*)
- Коммуникация – это любое поведение, которое приводит к обмену смыслами. (*Американская ассоциация маркетинга*)
- Общение – это передача информации от одного человека к другому. Это способ общения с другими людьми посредством передачи идей, фактов, мыслей, чувств и ценностей. (*Кит Дэвис*)
- Общение можно определить как процесс осмысленного взаимодействия между людьми, или процесс, с помощью которого воспринимаются смыслы и достигается понимание между людьми. (*Д.Э. Макфарлад*)

Зачем необходимо общение?

Сегодня каждая, даже маленькая или многонациональная, организация нуждается в эффективном общении. По мнению *Кунца* и *Вайриха*, общение необходимо для:

- повышения производительности и эффективности сотрудников, обновляя их знания;
- способствования развитию чувства принадлежности и вовлеченности сотрудников;
- создания эффекта незначительных изменений;
- мотивации и создания чувства идентификации с организацией и ее целями;
- информирования и убеждения сотрудников в принятых решениях и причинах, стоящих за этими решениями;
- формирования у сотрудников четкого представления о будущих возможностях роста в организации;
- предоставления сотрудникам информации о развитии и соответствующих мероприятиях.

Что такое процесс общения?

Через общение: мы отправляем сообщения – мы получаем сообщения – мы завязываем и поддерживаем отношения.

Общение может иметь несколько целей, в зависимости от контекста и вовлеченного человека. Общение в семье, в медицинском учреждении, на семинаре и на практике преследует разные цели.

Цель общения:	Информировать	Убедить
Воспитать	Обучить	Мотивировать
Интегрировать	Построить отношения	Развлечь

Информировать

Основная цель коммуникации – держать людей в курсе событий. Различные важные факты и информация должны предоставляться своевременно. Питер Ф. Друкер сказал: "У менеджера есть один специфический инструмент: информация". Коммуникация

может заключаться в информировании людей об идеях, взглядах, предложениях и т.д. Менеджерам нужна полная, точная и достоверная информация, чтобы планировать и организовывать. Сотрудникам нужен менеджер, чтобы воплотить планирование в реальность.

Убедить

Убеждение можно определить как попытку повлиять на отношение, чувства или убеждения других людей. Убеждение состоит из четырех важных этапов:

1. Анализ ситуации
2. Подготовка получателя
3. Доставка сообщений и
4. Оперативные действия

Все это зависит от эффективной коммуникации. Недостаточно просто информировать людей, их нужно убеждать, чтобы достичь общих целей.

Воспитать

Общение может иметь целью обучение людей. Это осознанный процесс общения. Он включает в себя как преподавание, так и обучение с целью расширения знаний, а также совершенствования навыков. Для этого знания, навыки и установки развиваются посредством общения.

Обучить

Обучение – это акт расширения знаний и навыков для выполнения определенной задачи, общение является неотъемлемой частью обучения. Чтобы достичь мастерства в определенной области, необходимы лекции, демонстрации, практика и обсуждения, которые являются частью общения.

Мотивировать

Мотивация – это создание и высвобождение рабочей энергии внутри человека. Высокий моральный дух и мотивация – это необходимость для обеспечения высокого уровня достижений. Коммуникация служит средством поддержания мотивации. Помимо денег, различные факторы, такие как удовлетворенность работой, престиж, чувство принадлежности, признание, могут мотивировать человека

работать искренне и эффективно. Мотивация как форма коммуникации имеет дело с этими факторами.

Интегрировать

Там, где большое количество людей работает вместе, общение помогает им работать комплексно. Обмен мнениями, проблемами и другой информацией может создать лучшее взаимопонимание между членами команды.

Построить отношения

Люди – социальные существа, поэтому им необходимо общение, в том числе и для развития отношений. Общение – это не только построение отношений, но и взаимовыгодные отношения.

Развлечь

Общение может иметь развлекательную цель. Общение также способствует установлению социальных связей, включая снятие стресса.

Важность общения

Общение – это жизненная сила, это важный аспект эффективной организации любой деятельности.

Общение обеспечивает:

- эффективное функционирование организации;
- облегчение принятия решений;
- правильное планирование;
- минимизацию организационных конфликтов;
- удовлетворенность работой и более высокую производительность;
- демократический менеджмент;
- установление лучших рабочих отношений;
- эффективную организацию;
- повышают мотивацию и моральный дух;
- укрепление человеческих отношений.

Эффективное функционирование организации:

- Облегчает принятие решений: желаемые результаты организации во многом зависят от принятия правильного решения в нужное время. Система коммуникаций – необходимое условие для принятия правильных решений.

- Хорошее планирование: общение необходимо не только для эффективного планирования, но и для обеспечения лучшей реализации.
- Минимизация организационных конфликтов: хорошее общение уменьшает конфликты, развивая взаимопонимание. Общение помогает людям узнать взгляды, проблемы и мысли друг друга.
- Повышение удовлетворенности работой и продуктивности: эффективное общение способствует повышению производительности, поскольку люди лучше понимают свои функции и роли.
- Демократический менеджмент: современные бизнес- организации придерживаются демократической системы управления. Необходимы хорошие каналы связи, чтобы сотрудники, потребители и другие заинтересованные стороны обменивались информацией и участвовали в обсуждениях, консультациях и принятии решений.
- Эффективная организация: организация предполагает делегирование полномочий, распределение ответственности, децентрализацию и установление отношений между членами организации, что невозможно сделать без общения.
- Повышение мотивации и морального духа: эффективная коммуникация создает лучшие управленческие и рабочие отношения. Она помогает повысить моральный дух сотрудников, поскольку они осознают свою роль в организации.
- Укрепление человеческих отношений: первопричиной споров на рабочем месте является дефицит общения. Благодаря эффективному общению можно поддерживать крепкие отношения, поскольку оно способствует взаимопониманию, сотрудничеству и доброй воле.

Формы общения

Общение подразумевает обмен информацией. Оно может быть представлено в различных формах и может быть классифицировано по следующим признакам:

А. Способ выражения:

- Формальное общение
- Неформальное общение

В. Адрес:

- Общение снизу вверх
- Общение сверху вниз
- Горизонтальное общение
- Диагональное общение

С. Типы общения:

- Невербальное общение (паравербальное и метавербальное)
- Вербальное общение (устное и письменное общение)

Процесс общения

Общение – это процесс, в котором отправитель сообщения пытается предоставить информацию получателю. Этот процесс является динамичным и постоянно меняющимся понятием. Общение – это процесс, который может быть однонаправленным или двунаправленным.

Процесс двустороннего общения превосходит одностороннее по следующим параметрам:

- Двустороннее общение более эффективно.
- Обратная связь позволяет отправителю усовершенствовать своё общение, чтобы оно стало более точным.
- Уверенность получателей в себе выше при двустороннем общении, поскольку им разрешается задавать вопросы и добиваться разъяснений от отправителей.

Последовательность процесса общения:

- *Идея*: представление об идее отправителем или источником.
- *Кодировка*: кодировка сообщения.
- *Передача*: передача сообщений.
- *Получение*: получение сообщения получателем.
- *Декодирование*: декодирование сообщения.
- *Действие*: Поведение или действие в связи с сообщением.

Во всем процессе общения есть **шесть фаз**:

- На I фазе у отправителя есть идея или часть информации.
- На II Фазе отправитель кодирует идею для передачи.

- На III фазе закодированная идея передается отправителем по стратегически выбранному каналу передачи или среде.
- На IV фазе получатель получает сообщение.
- На V фазе получатель декодирует сообщение и, наконец.
- На VI фазе получатель отправляет обратную связь.

Элементы процесса общения

Основными элементами процесса общения являются: *сообщение, отправитель, кодирование, носитель и канал, получатель, декодирование и мнение.*

Сообщение – это информация, написанная или произнесенная, которая передается от одного человека к другому. Наиболее важной характеристикой сообщения как элемента общения является то, что оно организовано, структурировано, сформировано и избирательно.

Отправитель – это человек, передающий, распространяющий или передающий сообщение или управляющий электронным устройством, т.е. человек, который задумывает и инициирует сообщение. Отправитель передает сообщение с целью информировать / убедить / повлиять / изменить отношение, мнение или поведение получателя (аудитории / слушателя).

Кодирование – это метод, с помощью которого выражается сообщение. Сообщение появляется в сознании в виде идеи. Эта идея передается отправителем получателю в виде слов, символов, картинок, повседневного языка и т.д. В противном случае получатель может не понять ее. Помня о цели общения, выбор слов или символов для кодирования должен быть таким, чтобы получатель правильно понял сообщение.

Носитель или канал означает, что сообщение передается от отправителя к получателю, называемому носителем или каналом. Например, письмо – это носитель информации, а почтальон или посыльный – канал. Если сообщение передается по телефону, то устное сообщение – это носитель информации, а телефон – канал.

Получатель сообщения – это человек, группа или организация, которые получают сообщение. Они являются адресатом сообщения.

В его отсутствие процесс коммуникации будет неполным. Он не только получает сообщения, но и понимает, о чем идет речь. Он является дешифровщиком сообщения, который отвечает на него или обеспечивает необходимую обратную связь.

Декодирование – это умственный процесс, в ходе которого получатель извлекает смысл из слов, символов или изображений сообщения. Получатель декодирует или понимает его. Поэтому его также называют дешифратором. Если получатель правильно понимает значения слов или символов, то его декодирование идеально.

Мнение или обратная связь – это реакция получателя на сообщение. Обратная связь – это последнее звено в процессе общения. Получив сообщение, получатель выражает свою реакцию в виде подтверждения отправителю. Обратная связь – ключевой элемент процесса общения, поскольку она позволяет отправителю оценить эффективность сообщения.

Характер общения

Общение – это процесс кодирования, отправки и декодирования. Она является основой для действий и сотрудничества, и для того, чтобы она была двусторонним процессом, в ней должны участвовать как минимум два человека, т.е. отправитель и получатель. Общение не является постоянным, поскольку оно динамично по своей природе и всегда меняется в зависимости от обстоятельств.

Эффективное общение

Существует 7 критериев эффективного общения, которые относятся как к письменному, так и к устному общению.

- **Ясность:** предполагает акцентирование внимания на одном конкретном сообщении или цели за раз, а не на попытках достичь слишком многого одновременно.
- **Полнота:** сообщение должно быть полным. Оно должно передавать все факты, необходимые аудитории.
- **Лаконичность:** означает передачу того, что Вы хотите выразить, как можно меньшим количеством слов, не жертвуя другими критериями общения.

- *Внимание*: предполагает "хождение в чужой обуви". Эффективное общение должно учитывать аудиторию.
- *Конкретность*: конкретное общение означает быть конкретным и четким, а не расплывчатым и общим. Максимально конкретизируя сообщение, Вы укрепляете доверие собеседников.
- *Вежливость*: в сообщении подразумевается, что оно должно демонстрировать самовыражение отправителя, а также уважение к получателю. Отправитель сообщения должен быть искренне вежлив, рассудителен, внимателен и заинтересован.
- *Точность*: в общении нет грамматических ошибок.

Барьеры в общении

Барьеры в общении – это все, что мешает процессу общения.

- Шум.
- Различия в восприятии и языке: восприятие – это то, как каждый человек интерпретирует окружающий его мир. Люди обычно хотят получать сообщения, которые имеют для них смысл.
- Информационная перегрузка: при большом объеме информации ее можно неправильно истолковать, забыть или не заметить. Как следствие, общение становится менее эффективным.
- Невнимательность: иногда мы не слушаем, а только слышим.
- Нехватка времени: часто в организации цели должны быть достигнуты в течение определенного периода времени, и невыполнение этого требования влечет за собой негативные последствия.
- Эмоции: эмоциональное состояние в определенный момент времени также влияет на общение. Если получатель чувствует, что коммуникатор расстроен, он понимает, что переданная информация очень плоха.
- Сложность организационной структуры: чем выше структура власти в организации, тем больше вероятность того, что коммуникация будет потеряна.
- Плохое запоминание: человеческая память не может функционировать до определенного предела. Человек не всегда может запомнить то, что ему говорят, особенно если он не заинтересован или не обращает внимания.

Ассертивное общение

Ассертивное общение подразумевает четкое и прямое выражение личных намерений, при этом принимая во внимание мнение другого человека. Ассертивность основана на идее, что мы равны в правах и свободах и что мы не более и не менее важны, чем другие. На уровне здравого смысла ассертивность путают с пассивностью и агрессивностью и часто рассматривают как форму эгоцентричного общения. Это происходит из-за общего убеждения, что благополучие других важнее, чем собственное благополучие, или что конкурентная ситуация или конфликт могут быть разрешены только в том случае, если одна сторона выиграет за счет другой.

Ассертивное общение имеет неконфронтационную направленность: в то время как агрессивный стиль общения основан на стремлении доминировать над собеседником, ассертивный стиль общения основан на стремлении четко выразить собственные идеи и чувства по поводу того или иного вопроса, не доминируя и не подчиняясь другому человеку.

Использование ассертивного общения имеет множество преимуществ как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Таким образом, ассертивный человек:

- открыто и честно рассказывает о своих потребностях;
- договаривается с другим о взаимовыгодном решении общей проблемы;
- эффективно решает проблемы, с которыми он сталкивается;
- имеет низкий уровень стресса;
- активнее участвует в решении задач.

Повседневная медицинская практика – это, по сути, основная задача по обеспечению или предоставлению пациенту точной и правдивой информации о болезни, ее симптомах, качестве лечения и соответствующих инструкциях по уходу за здоровьем.

Медицинская деонтология – это профессиональная этика медицинских работников и принципы поведения медицинского персонала, направленные на достижение максимальной пользы от лечения. Медицинская деонтология включает в себя вопросы соблюдения

врачебной тайны, вопрос о степени ответственности медицинского работника за жизнь и здоровье пациента и вопросы взаимоотношений между медицинскими работниками. Согласно медицинской деонтологии, медицинский работник в своих отношениях с пациентом должен проявлять максимальную заботу и применять все свои знания, чтобы вернуть пациенту здоровье или облегчить его страдания; он должен передавать пациенту только ту информацию о его здоровье, которая будет ему полезна, и устанавливать контакт между пациентом и врачом.

Общение и сотрудничество с пациентами

Эффективное, своевременное, точное, полное, недвусмысленное общение уменьшает количество ошибок и повышает безопасность пациентов.

Цели общения с пациентом – выявить проблемы со здоровьем и факторы риска, которым подвержен пациент. Для этого необходима логическая последовательность вопросов, язык, понятный пациенту, формулировки, которые не побуждают к ложным ответам, но раскрывают аспекты, которые пациент не считает поучительными, не помнит или не хочет скрывать. Получение согласия на медицинское вмешательство путем информирования пациента о диагностическом и терапевтическом маршруте и риске несоблюдения рекомендаций.

Информирование пациента о его проблемах со здоровьем

Оно должно быть направлено на то, чтобы подчеркнуть для пациента важность правильного понимания состояния своего здоровья и его взаимоотношений с системой здравоохранения. Информирование пациента о течении заболевания и о том, как распознать клинические проявления, отражающие благоприятное или неблагоприятное течение болезни в отношении соблюдения врачебных рекомендаций – Терапевтическое Обучение Пациентов (ТОП).

Обстоятельства, на которые плохое общение может оказать решающее влияние:

- вербальная или телефонная передача критических результатов тестов;
- общение при передаче/перевode пациента;
- рекомендации по уходу за пациентом, данные устно и по телефону;
- неразборчивый почерк;
- несоблюдение медицинских форм;
- различные диалекты и произношения могут затруднить общение, например, названия и номера лекарств, которые звучат одинаково, такие как эритромицин вместо азитромицина или пятнадцать вместо пятидесяти, могут повлиять на точность указаний.

Как мы уже отмечали, культура включает в себя как материальные, так и нематериальные аспекты и имеет несколько определяющих элементов:

1. Когнитивные компоненты (знания, мнения);
2. Антропологические компоненты (ценности);
3. Нормативные компоненты (нормы, обычаи, нравы, табу, законы);
4. Символические компоненты (знаки, символы, язык, жесты).

Однако мы подчеркнем, что какими бы ни были ее компоненты, культура имеет очень разнообразное происхождение. Другими словами, разнообразие культуры очевидно. Человек, человеческая природа сами по себе разнообразны. Это разнообразие приводит к идее культуры как системы знаков, знаковых практик, которые следует анализировать в соответствии с осями парадигмы и синтагмы.

В медицинской сфере культурное разнообразие ограничивается набором стандартов/норм, установленных для данной области. Например, дистанция, которая рекомендуется для общения с пациентами, их опекунами, между медицинским персоналом и с позиции подчиненного. Типология межличностного пространства также связана с кодексом межкультурных манер. По мнению Э. Т. Холла, дистанции бывают следующими:

1. интимное пространство – 0-45 см
2. личное пространство – 45-122 см

3. социальное пространство – 122-350 см
4. общественное пространство – более 350 см.

Первое пространство, интимное, по определению является зоной, принадлежащей нашему телу. Это интимная дистанция танца, пространство, которое мы обычно яростно защищаем. Только очень близким людям разрешается входить в интимное пространство: родственникам, друзьям, любовникам. Вот почему женщины соглашаются, чтобы им целовали руки, но не щеки, шею или глаза. Интимность – это уверенность человека в себе. Таким образом, прикосновение к интимному пространству человека запускает бессознательные механизмы, чувство принятия. Мы можем легче манипулировать человеком, проникая в его интимное пространство.

Личное пространство – это второй невидимый круг. Степень знакомства собеседников одинаково высока, потому что в ней могут хорошо жить жена, дети, друзья. Это объясняет, почему мы ревнуем. В тот момент, когда незнакомец нарушает личное пространство наших партнеров, у нас срабатывает инстинкт собственника. В разных культурах личное пространство отличается. Англосаксы тяжело переносят толпу, поэтому их личное пространство больше, чем у японцев, которые привыкли к маленьким пространствам.

Социальное пространство предназначено для социальных контактов, профессиональных отношений. Здесь обычно встречаются коллеги по работе. Если Вы рискнете вмешаться в социальное пространство партнера в неподходящий момент, Вы можете вызвать у него раздражение или досаду. Если мы научимся соблюдать социальную дистанцию, то сможем доминировать или вызывать неловкость у кого-то.

Публичное пространство – самое открытое и удаленное от человека. Это скорее публичное выступление, чем межличностное общение.

Религиозный и политический контекст очень важен при общении двух представителей разных культур. Сюда же можно отнести и то, как мы одеваемся. В арабских странах мы не можем позволить себе носить одежду с низким вырезом, а в Китае и

Японии мы не наденем белую одежду, потому что она символизирует траур. Также рекомендуется обратить внимание на форму обращения. С немцем мы будем общаться с официальных позиций. С американцами или французами мы можем быстро перейти на использование первого имени, а японцы очень формальны во всем, включая общение.

Препятствующие факторы в общении между медицинскими работниками:

1. Внешние факторы:
 - телефонные звонки;
 - запросы от персонала по вопросам, отличным от обсуждаемых;
 - другие отвлекающие внешние события.
2. Индивидуальные факторы:
 - спешка;
 - личные, доминирующие заботы;
 - усталость.

Межпрофессиональное общение и сотрудничество

Межпрофессиональное общение и сотрудничество – это принятие на себя дополнительных ролей и сотрудничество в команде, разделение ответственности за решение проблем и принятие решений при составлении и реализации планов лечения пациента.

Модели общения между профессионалами

Модель SBAR

SBAR – это структурированная модель общения для предоставления информации о пациенте, которая обеспечивает полную передачу информации и дает получателю структуру для запоминания услышанных деталей.

S(Ситуация) – В(Предыстория) – А(Оценка) – R(Рекомендация)

Шаблон SAED – обращение к коллеге о состоянии здоровья пациента

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ: Я – Фамилия Имя Отчество, должность, медицинское учреждение, я запрашиваю информацию о г-не/г-же Н и П, возраст, причины поступления или визита, текущее клиническое обследование, патологические элементы и жизненные показатели и т.д.

ПРЕДЫСТОРИЯ – здесь содержится ссылка на историю болезни, связанную с текущим контекстом: указывается дата обращения, медицинские вмешательства, проведенные за этот период, исследования с результатами, лечение, текущее состояние, время начала проявлений.

ОЦЕНКА: излагаются проблемы, над которыми размышляется, и меры, которые нужно предпринять,

ЗАПРОСЫ: прийти и осмотреть пациента, порекомендовать определенное отношение и т.д.

Реакция собеседника: он должен кратко повторить то, что понял, убедить себя в правильности информации, а затем сообщить свое решение.

Чтобы успешно заниматься медицинской профессией, Вам необходимо учитывать следующее:

- Общение – это процесс, которым можно управлять, основываясь на знаниях, навыках и отношении.
- Общение – это важнейший инструмент в процессе достижения цели, межличностного и межпрофессионального сотрудничества.

3. РАБОТА В КОМАНДЕ

Автор: Виргиния Шалару

Оказание медицинской помощи – это командная работа, эффективность которой может повлиять на результаты лечения и безопасность пациентов. Потребность в эффективных командах возрастает в связи с растущей сложностью случаев, мультиморбидностью диагнозов пациентов и специализацией медицинской помощи. Уже перестало быть нормой, что любой медицинский работник, независимо от специализации, способен обеспечить качественный и всесторонний уход и медицинские услуги, отвечающие всем потребностям пациента.

Эволюция в области охраны здоровья пациентов и глобальный спрос на качественные медицинские услуги – этого можно достичь, только поставив пациента в центр внимания. Таким образом, существует необходимость в развитии разнообразных медицинских специалистов, уделяющих особое внимание ориентированному на пациента командному подходу. Это поможет сформировать и развить эффективную команду, способную оказывать помощь пациентам. С учетом этой цели мотивация членов команды должна подкрепляться практическими стратегиями и навыками для достижения целей и преодоления трудностей.

Команда = группа людей, которые объединяются и работают вместе для достижения цели.

Основная цель команды – облегчить общение между людьми и скоординировать выполнение взаимозависимых задач. Таким образом, команда – это группа людей, сформированная для достижения общей цели, при этом индивидуальные интересы подчинены интересам и достижению цели команды.

В отличие от команд, группы профессионалов – это два или более человека, возможно, с разными интересами, из одной или разных организаций, которые часто взаимодействуют и работают вместе ради общей цели/интересов, не отказываясь от своих личных

целей/интересов или целей/интересов своей организации (различные *заинтересованные стороны* – "стейкхолдеры"). Например, создание рабочих групп для разработки соответствующих стандартов или политики (*например, Рабочая группа по разработке стратегии здравоохранения 2030*).

Команды могут быть временными, которые создаются и работают в течение определенного периода времени, относительно короткого – от нескольких часов (например, команда операционной) или дней/месяцев (например, проектная команда). Мы также различаем постоянные команды, которые работают в течение длительного периода времени, годами (например, команда хронического ухода). В зависимости от цели и функций команды, они могут отличаться продолжительностью работы, количеством и типом специалистов, работающих в команде.

Модели команд зависят от общей цели команды:

- Выполнение различных медицинских услуг => **операционная бригада** (хирурги, анестезиологи, ассистенты, медсестры и т.д.);
- Реализация проекта => **проектная команда**;
- Внедрение новых стратегий, программ или методик => **команда оперативного вмешательства**;
- **Команда руководителей**, состоящая из старших менеджеров.

То, как формируется, развивается и функционирует команда, является важной частью рабочей среды, поскольку влияет на: достижение целей, рабочий климат, производительность команды, индивидуальные показатели, стабильность сотрудников и репутацию организации.

Преимущества работы в команде описаны в *Таблице 3.1*. Они воспринимаются на разных уровнях, как на индивидуальном (уровень врача или пациента), так и на организационном и системном. Эффективные команды могут улучшить качество ухода за больными как на уровне организации, так и для команды в целом, отдельного члена команды и пациента.

Таблица 3.1. Преимущества эффективной командной работы

Организационные преимущества	Командные преимущества	Преимущества для пациентов	Преимущества для членов команды
Сокращение времени и расходов на госпитализацию	Улучшение координации услуг по уходу	Повышение уровня удовлетворенности медицинским обслуживанием и услугами	Повышение удовлетворенности работой
Сокращение количества незапланированных госпитализаций	Эффективное использование ресурсов системы здравоохранения	Согласие на лечение	Более четкое понимание собственной роли в команде
Повышение доступности услуг	Улучшение общения и профессионального разнообразия	Улучшение результатов лечения и качества ухода; Уменьшение количества медицинских ошибок	Повышение благосостояния и снижение синдрома эмоционального выгорания



Рис. 3.1. Модель развития команды (модель Такмана)
 [адаптировано из источника https://zagorskaya.info/tuckman_model/].

Команда – это динамичный организм, который, согласно модели Такмана (Рис. 3.1), проходит несколько стадий в своем развитии:

- формирование;
- буря;
- установление норм;

- выполнение задач/достижение целей;
- расформирование.

Этапы развития команды:

Стадия 1 – Формирование (незрелая команда). Она имеет следующие характеристики: знакомство и оценка друг друга; обсуждение целей и задач; установление рабочих процедур. На этом этапе перед координатором или менеджером команды стоят следующие задачи: презентация цели, задач, представление ролей и обязанностей в команде. Таким образом, необходимо описать и представить роли каждого члена команды, указав функциональную позицию, необходимую для достижения цели (Кто?), и обязанности, т.е. то, что должен делать каждый член команды (Что?).

Стадия 2 – Буря (раздробленная команда). Эта стадия является конфликтогенной и имеет следующие характеристики: обсуждаются приоритеты, цели, методы работы, лидерство; начинается борьба за отстаивание и навязывание личной точки зрения. На этом этапе перед координатором или менеджером команды стоят следующие задачи: посредничество в конфликтах и облегчение общения между членами команды.

Этап 3 – Установление норм (согласование): На этом этапе команде удастся достичь консенсуса относительно того, как работать, как принимать решения, как общаться; устанавливаются нормы поведения и производительности; возникает командный дух. Обязанности менеджера команды на этом этапе: координация процесса установления правил и достижения консенсуса, разъяснение правил о возможных поощрениях или наказаниях.

Стадия 4 – Выполнение задачи (функциональная стадия). Этот этап также считается этапом зрелости команды. Каждый член команды уже понял и принял свою роль и может сосредоточиться на выполнении задачи. На этом этапе команды достигают продуктивности и эффективности, высокого уровня силы и сплоченности. В обязанности менеджера команды на этом этапе входит: координация работы, контроль за выполнением задач и целей.

Этап 5 – Расформирование. Команды не являются постоянными, поэтому они могут распадаться. Причинами распада могут быть: выполнение целей, особенно в случае команд, сформированных на ограниченный период времени (например, операционная команда для хирургического вмешательства; проектные команды и т.д.); изменение структуры команды, когда один или несколько членов покидают команду, добровольно или недобровольно; потеря цели или изменение контекста (например, смерть пациента), изменение приоритетов и т.д.; истощение ресурсов (например, исчезновение линии финансирования, закрытие отделения или больницы и т.д.).

В то же время, следует отметить, что команды могут иметь разные уровни производительности, в зависимости от ряда факторов.

Факторы, определяющие эффективность работы команды:

1. размер команды
2. четкая и значимая цель и задачи
3. как отбираются члены команды
4. командные роли (правильно определенные и поняты)
5. внешняя среда – условия труда, климат, организационная культура
6. доступ к ресурсам – материальным, финансовым, временным
7. поведение и общение в команде
8. менеджер

Если возможности команды уступают факторам, влияющим на ее работу, могут возникнуть дисфункции. Согласно литературным данным, более 70% медицинских ошибок вызваны нарушениями в динамике работы команды. Среда здравоохранения - очень сложная и требовательная. Если общение и сотрудничество медицинских работников нарушены, страдает пациент. Дисфункции в команде медицинских работников могут привести к переутомлению, стрессу, снижению работоспособности, раздражительности, демотивации, что может негативно сказаться на членах команды.

Чтобы повысить эффективность работы команды медицинских работников, важно улучшить общение между членами команды. Члены команды медицинских работников общаются друг с другом,

чтобы обеспечить эффективный и скоординированный уход.

Члены команды медицинских работников должны общаться между собой по поводу:

- Что было сделано с пациентом
- Что нужно сделать
- Реакция пациента на уход и лечение.

Для улучшения общения в команде важно следовать некоторым общим принципам: используйте слова, имеющие одинаковое значение для человека, получающего сообщение, используйте знакомые слова, важно, чтобы сообщение было коротким и лаконичным, информация подавалась логично и структурированно, излагались факты.

Общение в команде медицинских работников может быть **устным (отчетность)** или **письменным – путем записи** данных в медицинскую карту пациента. В условиях стационара и отчетность, и запись данных происходят непрерывно, 7 дней в неделю, 24 часа в сутки.

Отчетность – это процесс устной передачи информации об уходе/наблюдениях, который может быть реализован с помощью нескольких техник. Техника SBAR – одна из наиболее часто применяемых в медицинской практике. Ее название представляет собой английский акроним: *S – Situation (ситуация), B – Background (предыстория), A – Assessment (оценка) и R – Request (запрос)*. Первоначальная презентация описывает ситуацию, например, *Вы представляетесь и сообщаете о проблеме пациента (например. **Здравствуйте! Меня зовут _____ (имя, профессия) из _____ (отделение, больница). Пациента, по поводу которого я с Вами связываюсь, зовут _____ (имя, фамилия), он поступил _____ (диагноз, проблема), а причина звонка - _____ (перевод, обострение и т.д.)***

При предоставлении предыстории (background) будет предоставлена общая, но релевантная для данной ситуации информация (например, *дата поступления, жалобы, аллергии, лечение, история болезни, даты предыдущих обследований и т.д.*). Последующая оценка (Subsequent Assessment) объясняет и описывает проведенные профес-

сиональные оценки (например, *даты клинических обследований, изменения в состоянии пациента, текущие жизненные показатели, назначенное лечение, дополнительные клинические проблемы, проблемы в планировании и координации дальнейших услуг* и т.д.). На последнем этапе, Рекомендация (Запрос), будут запрошены инструкции или рекомендации по дальнейшему ведению случая.

В повседневной практике в команде медицинских работников могут использоваться различные модели общения, но чтобы сделать его более эффективным, важно соблюдать следующие принципы: точная и полная информация об оказываемой помощи, текущей ситуации пациента и возможных изменениях в его состоянии.

Запись – это письменное изложение информации о наблюдениях и оказанной помощи. Это делается в медицинских бланках, которые в Республике Молдова устанавливаются приказом Министерства здравоохранения. Нормативные акты устанавливают: кто имеет право и несет ответственность за заполнение бланка, когда делать запись, принятые сокращения, как ошибки, цвет чернил (в случае бумажных бланков), применение подписи и инициалов.

Медицинские документы пациента, или медицинские карты, различаются в зависимости от уровня оказания помощи (доврачебная неотложная помощь, амбулаторная помощь, стационар и т.д.). В каждой медицинской карте указывается имя пациента, палата и т.д. или другая идентифицирующая информация. Каждая медицинская карта организована по разделам. Каждое медицинское учреждение или отделение записывает информацию в свои собственные формы. Все записи в медицинской карте пациента должны быть четкими и отражать: что было объективно установлено, что было сделано и какова была реакция пациента. В бумажных формах следует использовать ручку с синими или черными чернилами; следует избегать сокращений, кроме общепринятых, писать разборчиво, соблюдать разделение медицинской карты, а также обязательно датировать любую запись и ставить подпись того, кто ее делает.

Какой бы способ общения ни выбрала команда медицинских работников, он должен быть уверенным и эффективным. Плохое

общение в медицинских коллективах пагубно сказывается на рабочем месте. Оно заставляет сотрудников ожидать несовершенного обмена информацией. Культура низких ожиданий и несовершенства подвергает пациентов риску медицинских ошибок, но эффективное общение имеет положительные результаты, включая: улучшение потока информации, эффективные вмешательства, повышение безопасности, повышение морального духа сотрудников, удовлетворение пациентов и их семей, сокращение сроков госпитализации и т.д. Члены команды медицинских работников могут быть более уверены в своей работе и могут сэкономить время благодаря эффективным и безопасным системам. Пациенты могут чувствовать себя лучше при смене персонала, если команда медиков достаточно хорошо общается, чтобы обеспечить качественный уход.

Цель обеспечения качественного ухода за пациентами подкрепляется высокой эффективностью работы команд, ориентированных на пациента. Поставщики медицинских услуг могут достичь этого, только приняв культуру командной работы, в которой ценности и принципы разделяются и прозрачно передаются членам команды, включая пациентов, которые должны быть поставлены в центр внимания.

4. РОЛИ ЧЛЕНОВ КОМАНДЫ

*Авторы: Постика Людмила, Сувейка Луминица,
Кихай Жанна, Тэбырцэ Алиса, Адаужу Стела*

Система здравоохранения Республики Молдова направлена на обеспечение здоровья всего общества и каждого отдельного гражданина, а также на продление продолжительности человеческой жизни. Это комплексная система, которая включает в себя все медицинские учреждения и предприятия, медицинский персонал, дополнительные и сервисные услуги, необходимую информацию, медицинские и информационные технологии, научные исследования в этой области и самый важный компонент – человек и его индивидуальное здоровье.



Рис. 4.1. Система здравоохранения Республики Молдова

Первичная медицинская помощь.

Центральным звеном системы первичной медицинской помощи является семейный врач. Сегодня семейная медицина стала специальностью по закону, а первичная помощь считается приоритетом и "воротами" в систему здравоохранения.

Согласно решению Всемирной организации медицинских колледжей и академий врачей общей практики, семейный врач – это человек, который обеспечивает и координирует индивидуальную,

первичную и постоянную медицинскую помощь человеку и его семье. Он обеспечивает комплексное био-психо-социальное медицинское обслуживание для обоих полов и всех возрастов. Типы учреждений первичной медико-санитарной помощи включают: Управление Здравоохранения (УЗ), Кабинет Семейного Врача (КСВ), Центр Здравоохранения (ЦЗ), Центр Семейных Врачей (ЦСВ) и Медико-территориальные Ассоциации (МТА).

Специализированная амбулаторная медицинская помощь оказывается специалистом в данной области совместно со средним персоналом, участвующим в выполнении медицинского действия, и включает все виды деятельности, в том числе организационно-методическую, которые находятся в компетенции специалиста и соответствующего персонала и предусмотрены нормативными актами Министерства здравоохранения.

Подсистема стоматологической помощи является неотъемлемой частью специализированной амбулаторной медицинской помощи и играет важную роль в обеспечении общественного и индивидуального здоровья посредством *профилактики, диагностики и лечения заболеваний и отклонений полости рта, зубов, челюстей и прилегающих тканей*. Стоматологическая служба включает в себя следующие структуры:

- ✓ Государственные учреждения (амбулаторные и стационарные услуги)
- ✓ Частные стоматологические практики (ИП, ООО, АО и т.д.)

Стационарное лечение (госпитализация):

Обеспечивается широкой сетью учреждений различных типов: уход на дому; дневной уход в амбулаторных и больничных условиях. Больница – это комплексное медицинское учреждение. Она предоставляет комплексные медицинские услуги (профилактические, лечебные и реабилитационные) больным на закрепленной за ними городской и сельской территории. Техничко-медицинские службы (лаборатории) больницы обеспечивают точную диагностику госпитализированных пациентов.

По отношению к закрепленной за ними территории, специализации, которую они имеют в своей внутренней структуре, и в зависимости от подчинения, больницы могут быть:

- ✓ республиканские, включая научно-практические центры, исследовательские и клинические учреждения – непосредственно подчиненные Министерству здравоохранения;
- ✓ ведомственные – подчиненные другим министерствам (национальной обороны, внутренних дел и т.д.);
- ✓ муниципальные или городские центры, расположенные в муниципалитетах или городах. Через подразделения внутренней структуры они обеспечивают комплексную медицинскую помощь населению на закрепленной за ними городской и сельской территории;
- ✓ клинические;
- ✓ профильные (туберкулез, инфекционные заболевания, психиатрия и т.д.).

Догоспитальная неотложная медицинская помощь

Экстренная медицина – это специальность, которая занимается диагностикой, лечением и стабилизацией жизненно важных функций больного или пострадавшего на месте обращения, во время транспортировки, а также в станциях ЭМП и ННПЦЭМ. Служба экстренной медицинской помощи (далее – служба ЭМП) действует в рамках системы здравоохранения Республики Молдова.

Служба ЭМП оказывает экстренную медицинскую помощь населению на территории на догоспитальном этапе через свои подразделения (зональные/муниципальные станции ЭМП, подстанции ЭМП и ПЭМП). Служба ЭМП работает в сотрудничестве с Министерством внутренних дел, Департаментом по чрезвычайным ситуациям Республики Молдова, муниципальными и районными управлениями по чрезвычайным ситуациям, муниципальными и районными управлениями полиции, подразделениями Министерства национальной обороны на основании протоколов, соглашений, заключенных Министерством здравоохранения.

Система общественного здравоохранения (профилактическая медицина)

Она отвечает за обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В зависимости от областей применения, деятельность системы здравоохранения осуществляется в следующих направлениях: гигиена окружающей среды и среды обитания человека; гигиена питания; гигиена продуктов питания; гигиена труда; гигиена транспорта; гигиена детей и подростков; гигиена использования токсичных веществ, пестицидов, радиации; больничная гигиена; гигиена инфекционных и особо заразных заболеваний; эпидемиология ВИЧ/СПИДа; эпидемиология нозокомиальных заболеваний; контроль неинфекционных заболеваний; медицинская паразитология; микобиология и вирусология.

В настоящее время система общественного здравоохранения включает в себя:

- ✓ Национальный центр общественного здравоохранения (НЦОЗ);
- ✓ Муниципальные и общественные центры здравоохранения (Кишинев и Бельцы);
- ✓ Районные центры общественного здравоохранения.

Фармацевтическая система – это совокупность предприятий, организаций и учреждений, осуществляющих фармацевтическую деятельность с помощью своих материальных, человеческих, финансовых, технологических и информационных ресурсов, конечной целью которых является оказание фармацевтической помощи с помощью эффективных, высококачественных, безвредных и доступных лекарств

Таким образом, на разных уровнях здравоохранения могут работать разные медицинские работники, у которых разные роли и обязанности по поддержанию здоровья населения.

В следующих главах будут описаны их роли и функции в команде медицинских работников.

4.1. Медсестра общего профиля – роли и функции

Медицинская помощь – это самостоятельная специальность, которая является важной частью системы охраны здоровья человека и включает в себя три важных элемента: укрепление здоровья, профилактика заболеваний и уход за больными людьми всех возрастов,

во всех медицинских учреждениях, на уровне общин и во всех формах социального ухода. Медсестра – это человек, прошедший программу обучения сестринскому делу, утвержденную компетентным органом. Базовое сестринское образование закладывает прочный фундамент поведенческих наук о сестринском деле для общей и продвинутой практики, для выполнения руководящей роли и для последипломного образования специалиста.

Определения

Медсестра – это человек, который заботится, воодушевляет и защищает человека, человек, обученный ухаживать за больными, травмированными и пожилыми людьми.

Флоренс Найтингейл (1820-1910 гг.) – Роль медсестры заключается в том, чтобы привести пациента в наилучшее состояние, чтобы природа могла воздействовать на него.

Вирджиния Хендерсон (1897-1996 гг.) – "Пусть медсестра будет совестью для бессовестного; глазом для того, кто недавно потерял зрение; рукой для того, кому ее ампутировали; любовью к жизни для того, кто пытается покончить жизнь самоубийством".

Международный совет медсестер (ICN) – Медсестра – это человек, который:

- прошел комплексную программу обучения, утвержденную ICN,
- успешно сдал экзамены, установленные ICN,
- соответствует стандартам, установленным ICN,
- имеет право заниматься этой профессией в соответствии со своей подготовкой и опытом,
- уполномочен выполнять те функции и процедуры, которые необходимы для оказания медицинской помощи в любой ситуации и которые соответствуют его квалификации.

Медсестра проходит обучение по программе, включающей в себя:

- укрепление здоровья
- профилактика заболеваний
- Уход за физически и психически больными, умственно отсталыми, инвалидами, независимо от возраста, в любом медицинском учреждении или в любой общественной ситуации.

Это определение стало известно и принято во всем мире, а теперь используется и в Республике Молдова.

Кодекс для медсестер также описывает четыре обязанности, которые определяют важные направления, а именно:

- укрепление здоровья
- профилактика заболеваний
- восстановление здоровья
- облегчение страданий.

Медицинская сестра общего профиля должна:

- пройти мультидисциплинарное обучение – социальное, техническое, практическое (в медицинских центрах и на местах в общинах);
- освоить основные навыки, а не просто знания;
- хорошо разбираться в психологии (быть воодушевителем);
- иметь правильное отношение к пациенту и его семье;
- проявлять стремление понять, что чувствуют другие (эмпатия).

РОЛИ И ФУНКЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Независимо от того, работают ли они в больнице или в центре ухода или медицинском учреждении другого типа, у медсестер есть три основные роли:

А. Роль практикующего специалиста – это наиболее распространенная роль в профессии, которая включает в себя действия и вмешательства, выполняемые медсестрой при непосредственном уходе за пациентом, как часть процесса ухода.

В. Роль лидера включает в себя те действия и вмешательства, которые осуществляет медсестра, отвечающая за деятельность других медсестер, ухаживающих за пациентами, и этот процесс состоит из четырех компонентов:

- принимать решения;
- общаться;
- влиять;
- обеспечивать поддержку.

С. Роль исследователя может означать официальную должность исследователя в исследовательском учреждении, на

профильном факультете или в организации, или исследовательскую деятельность и вклад в работу, основанные на непосредственных наблюдениях из медицинской практики.

Существуют и другие роли медсестер, такие как преподаватель сестринского дела в специализированных учебных заведениях по сестринскому делу, наставник по практике для школьников и студентов, проходящих клиническую практику в больнице.

Основная роль медсестры – помочь человеку сохранить или восстановить свое здоровье, помочь ему в последние минуты жизни, выполняя задания, которые он выполнил бы сам, если бы у него были силы, воля или знания для этого. Медсестра должна выполнять эти функции так, чтобы пациент как можно быстрее восстановил свою самостоятельность.

В зависимости от выполняемой деятельности, роль медсестры может быть следующей:

Собственная роль:

- Частичная или полная компенсация отсутствия или снижения автономности.
- Защита, поддержка, восстановление и укрепление здоровья или автономии человека.
- Облегчение страданий и помощь человеку в последние минуты жизни.
- Установление процесса ухода.
- Способствование интеграции и реинтеграции в семью или общество.
- Выполнение этой роли требует профессиональных навыков и умений.
- Что касается процесса ухода, то применяемые вмешательства носят технический, коммуникационный и образовательный характер, в зависимости от физической, психологической, социальной, экономической, культурной или духовной информации, касающейся человека.

Делегированная роль:

- Способность медсестры выполнять задания и применять сестринский уход по назначению врача.
- Клиническое наблюдение за пациентом и терапевтические эффекты.
- Участие и сотрудничество в применении различных техник инвазивного ухода.
- Принудительное исполнение рецептов.
- В отсутствие врача медсестра может обеспечить жизненно важные вмешательства и уход до прибытия врача.

Функции медсестры

Обязанности медсестры напрямую вытекают из роли медицинской помощи в обществе. Это универсальные и постоянные обязанности, независимо от того, где и когда осуществляется уход, независимо от статуса пациента или имеющихся ресурсов.

В обязанности медсестры входит:

1. Обязанности независимого (автономного) характера
2. Обязанности зависимого (делегированного) характера
3. Обязанности взаимозависимого характера.

1. Обязанности независимого характера:

- Медсестра временно или постоянно помогает пациенту в комфортном уходе, в зависимости от возраста, болезни, физических, психических или интеллектуальных и социальных недостатков.
- Устанавливает доверительные отношения с пациентом, его семьей и/или окружением.
- Передаёт информацию, слушает и поддерживает пациента.
- Принимает активное участие в улучшении условий жизни и здоровья.
- Планирует, организует и осуществляет уход за больными и здоровыми людьми.

2. Обязанности зависимого характера зависят от рекомендаций врача:

- Применяет методы лечения.
- Применяет методы исследования.
- Наблюдает за изменениями у пациента, вызванными болезнью или лечением, и сообщает о них врачу.
- Применяет специфические методы реабилитации.

3. Обязанности взаимозависимого характера:

- Деятельность осуществляется в контексте комплексной междисциплинарной командной работы в медицинской, социальной, образовательной областях.
- Скрининг на наличие физических, психологических и социальных расстройств.
- Мероприятия по санитарному просвещению.
- Действия по решению психосоциальных проблем.
- Организация и управление центрами и отделениями по уходу.
- Исследовательские и образовательные мероприятия.

Профессиональные категории и сферы деятельности:

- медсестра общего профиля,
- медсестра в акушерстве и гинекологии,
- детская медсестра,
- медсестра по бальнеологической физиотерапии,
- медсестра в клинической лаборатории,
- медсестра по радиологии и визуализации,
- медсестра по медицинскому питанию и диетологии,
- медсестра-ассистент стоматолога.

Эти названия также соответствуют большинству областей сестринского дела:

- стационарные и амбулаторные медицинские услуги;
- образование, культура;
- исследования;
- образование;
- питание;
- гигиена.

Качества, необходимые для рабочей практики

Чтобы выполнять свои задачи, медсестрам необходимо развивать ряд навыков и способностей, таких как: внимание, ловкость, наблюдательность, способность к анализу и синтезу, точность, оперативность, коммуникабельность, умение принимать решения, тщательность, командный дух, адаптивность к новым ситуациям, скорость реакции, креативность, ответственность, надежность, конфиденциальность и объективность.

Все это может нарисовать картину профессиональной компетентности. Она включает в себя сбалансированное сочетание профессиональных знаний, навыков и установок для достижения результатов, ожидаемых на работе.

Профессиональные знания – это информация, необходимая сотруднику для лучшего понимания того, что он или она должны делать.

Привычки – это автоматизированные компоненты человеческой деятельности, которые выполняются с минимальными сознательными усилиями и способствуют спонтанной и быстрой активности. Привычки формируются в процессе упражнений, в результате которых формируется динамический стереотип (например, мытье рук).

Отношение – это постоянный способ обращения к определенным аспектам социальной жизни или к самому себе, с помощью которого оценивается поведение человека. Например, отношение к людям может быть благожелательным, авторитарным, начальственным, дружелюбным, враждебным. Отношение к работе может быть: серьезным, ответственным, преданным, поверхностным, безразличным, и оно влияет на эффективность работы.

Медсестры работают в различных условиях, областях или местах, чтобы предотвращать или лечить болезни – ухаживать за больными или потенциально больными.

Профессия требует определенных наклонностей и способностей в сочетании с хорошей профессиональной подготовкой – они воплощаются в моральных качествах, которые положительно влияют на профессиональное поведение.

Правильное поведение способствует:

- облегчению страданий;
- сокращению периода болезни;
- быстрой реинтеграции в общество.

Моральные качества:

- | | |
|---|---|
| ▪ Эмпатия – способность понимать чувства других людей | ▪ Находчивость |
| ▪ Альтруизм | ▪ Инициатива |
| ▪ вежливость | ▪ Интерес к новизне |
| ▪ Внимание | ▪ Здравомыслие |
| ▪ Принципиальное отношение | ▪ Человечность |
| ▪ Хозяйственность | ▪ Оптимизм |
| ▪ Доброжелательность | ▪ Профессиональная тайна |
| ▪ Спокойствие | ▪ Быстрое принятие решений |
| ▪ Общение | ▪ Пунктуальность |
| ▪ Сознательность | ▪ Терпение |
| ▪ Коллегиальность | ▪ Уважение к скромности и деликатности пациента |
| ▪ Твердость | ▪ Безмятежность |
| ▪ Умеренность | ▪ Критичность и самокритичность |
| ▪ Достоинство | ▪ Командный дух |
| ▪ Преданность до полного отречения | ▪ Самоконтроль |

Физические качества:

- физическая сила – для транспортировки материалов, мобилизации больных;
- физическая выносливость – сменная работа, длительный ортостаз;
- безопасные и скоординированные движения.

Профессиональные качества:

- мультидисциплинарная подготовка – социальная, техническая, практическая;
- основные навыки;
- правильное знание общих и специфических техник ухода;
- знание аппаратуры и инструментов, используемых в медицинской практике;
- знание методов профилактики инфекций;
- стремление к постоянному профессиональному развитию;
- знание общих и специальных техник ухода;
- принятие правильного стиля работы;
- организация и систематизация своей работы – планирование медицинской помощи, разработка плана ухода;
- воспитание в себе наблюдательности;
- регулярная проверка эффекта от проделанной работы;
- предотвращение внутрибольничные инфекции, самозаражения/самоинфицирования;
- обеспечение передачи и приёма дежурства.

4.2. Роль психолога в мультидисциплинарной команде

Роль психолога или психотерапевта в команде медицинских работников очень важна для обеспечения комплексного и эффективного ухода за пациентами, особенно в контексте услуг по охране психического здоровья.

Определение
Психолог или психотерапевт – это специалист в области психического здоровья, который обучен и квалифицирован в области оценки, диагностики и лечения проблем психического здоровья пациентов.

Нормативно-правовая база деятельности: В Республике Молдова роль и деятельность психолога или психотерапевта регулируется Приказом МЗ № 100 от 10 марта 2008 года, который устанавливает правила для медицинского персонала. Эта нормативная база признает важность услуг в области психического здоровья и

способствует сотрудничеству между специалистами в области психического здоровья и медицинскими работниками.

Роли и обязанности психолога как члена команды:

- **Оценка пациента:** Психолог или психотерапевт отвечает за оценку и диагностику проблем психического здоровья пациентов. Этот процесс включает в себя интервьюирование пациентов, проведение психологических тестов и наблюдение за поведением, чтобы выявить специфические потребности и проблемы.
- **Разработка плана лечения:** Основываясь на результатах оценки, психолог или психотерапевт совместно с остальными членами медицинской команды разрабатывает индивидуальный план лечения для пациента. Этот план может включать психотерапевтические вмешательства, медикаментозную терапию или сочетание того и другого, в зависимости от потребностей пациента.
- **Психотерапия и консультирование:** психолог или психотерапевт проводит индивидуальную или групповую терапию, чтобы помочь пациентам справиться с проблемами психического здоровья, улучшить их самочувствие и развить навыки преодоления трудностей и устойчивости к внешним воздействиям.
- **Межпрофессиональное сотрудничество:** психолог или психотерапевт работает в тесном сотрудничестве с другими членами медицинской команды, включая врачей, медсестер и социальных работников, чтобы обеспечить комплексный и целостный уход за пациентами.
- **Обучение и информация:** Психолог или психотерапевт предоставляет пациентам и их семьям информацию и обучение по вопросам психического здоровья, лечения и стратегий преодоления симптомов.
- **Мониторинг прогресса:** Во время лечения специалист следит за прогрессом пациентов и соответствующим образом корректирует план лечения, чтобы обеспечить наилучшие результаты.
- **Укрепление психического здоровья:** психолог или психотерапевт вносит свой вклад в укрепление психического здоровья в

обществе и в снижение стигмы, связанной с проблемами психического здоровья.

Будучи членом команды медицинских работников, психолог или психотерапевт играет важнейшую роль в комплексном подходе к здоровью пациентов, помогая улучшить их психическое здоровье и качество жизни. Межпрофессиональное сотрудничество необходимо для предоставления высококачественного ухода и обеспечения физического и психического здоровья пациентов.

4.3. Роль диетолога в мультидисциплинарной команде

"Я убежден, что любой врач, изучающий человеческую природу, должен тщательно исследовать отношения между человеком, едой и питьем... и то, какое влияние они на него оказывают. Если нам удастся найти для каждого человека баланс между диетой и физическими упражнениями, чтобы не было ни слишком много, ни слишком мало, мы откроем средство для поддержания здоровья"

Гиппократ

Еще со времен отца медицины Гиппократа было признано, что питание влияет на жизнь как больных, так и здоровых людей. В наши дни эта идея находит наилучшее подтверждение в виде множества заболеваний и патологий, которые можно предотвратить, улучшить и даже вылечить с помощью диетической программы. Эти диетические меры направлены не только на компенсацию недостатков обмена веществ, но и на соответствующие методы введения пищи, необходимой организму в состоянии болезни. Формы питания, отвечающие этим требованиям, считаются биохимическими вмешательствами в метаболизм. Врач и диетолог должны соблюдать некоторые общие принципы в этом случае на основе тесных взаимоотношений:

1. Каждая диета должна быть смоделирована в соответствии с привычками пациента, адаптируясь в терапевтических пределах к его предпочтениям. Лечебная диета – это, в конечном счете, обычная

диета, качественно и количественно измененная для борьбы с каким-либо процессом. При назначении диеты необходимо учитывать все поведение пациента (эмоциональное, экономическое, социальное, рабочее, семейное) и историю болезни, взаимодействуя с медицинским персоналом.

2. Несбалансированный обмен веществ, хронические заболевания, приводящие к истощению организма, длительные лихорадки, стрессы приводят к отрицательному азотистому балансу. Диетолог должен быть в курсе всего этого, интерпретируя лабораторные анализы и диагноз, поставленный специалистом.

Питание можно рассматривать как часть общественного здравоохранения, как область вмешательства в жизнь общества, как профилактическую меру или как терапевтическую диету, и оно неразрывно связано почти со всеми клиническими областями медицины.

Определение
Диетолог – это специалист в области здравоохранения, целью которого является консультирование населения и пациентов по вопросам питания, разработка индивидуальных программ питания, обучение и пропаганда здорового образа жизни и здорового питания.

Диетолог – это профессионал в области здравоохранения, уже имеющий традиции в странах ЕС, а также приобретающий значение в странах Восточной Европы, значение и уважение растет год от года.

Обязанности диетолога как члена команды:

- оценивать, анализировать различные состояния питания отдельных людей и сообществ;
- предоставлять консультации по питанию в соответствии с состоянием здоровья человека;
- использовать специальные методы и инструменты оценки качества и безопасности продуктов питания для обоснования рекомендаций по питанию;
- применять условия санитарно-гигиенического, противоэпидемического режима и режима охраны труда;

- разрабатывать и внедрять комплекс образовательных мероприятий для пропагандирования сбалансированного пищевого поведения и здорового образа жизни на индивидуальном и общественном уровне;
- распознавать и корректировать влияние пищи на здоровье.

Здоровый образ жизни значительно снижает риск развития многих заболеваний, органов и систем органов. Сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, желудочно-кишечные расстройства – вот лишь несколько категорий заболеваний, которые можно предотвратить с помощью здорового образа жизни. Таким образом, любое улучшение образа жизни может добавить несколько дополнительных лет к Вашей жизни!

Консультации по питанию должны проходить в атмосфере доверия и конфиденциальности, в которой пациент получает информацию о питании и о том, как наш организм работает в зависимости от того, какое "топливо" ему подается.

Убеждения и правила, касающиеся еды и питания, будут проверены и обсуждены с диетологом, чтобы у пациента сформировался правильный и рациональный взгляд на то, как нужно питаться. Вмешательство диетолога в лечение расстройств пищевого поведения начинается с оценки питания. Оценка питания должна быть подробной и может занять более часа, поэтому она может растянуться на несколько приемов. На основе оценки питания, совместно с остальными членами лечебной команды, будут определены цели и индивидуальный план вмешательства, которые будут обсуждаться с пациентом.

Оценка питания пациента – важный этап в процессе контроля и ухода за питанием, направленный на выявление субъектов, нуждающихся в тщательном диетическом лечении, и наблюдение за полученными результатами, что позволяет оценить, насколько адекватен пищевой статус, в зависимости от диагноза и имеющихся осложнений. При оценке питания учитываются как аспекты состояния здоровья пациента, так и психологические аспекты, касающиеся его привычек питания, страхов или опасений по поводу питания, знаний о питании, мотивации к изменениям.

Мониторинг питания направлен на: выявление людей, нуждающихся в агрессивной питательной поддержке; поддержание или восстановление питательного статуса; определение соответствующего питательного лечения; контроль эффективности этих мер. Мониторинг питания основывается на: медицинской, социальной и диетической истории; антропометрических данных; клиническом обследовании и биохимических данных.

Управление пищевым статусом ориентировано на объективную оценку пищевого статуса человека, а также на раннее выявление патологических состояний, на которые влияет пищевое поведение. Оценка пищевого статуса включает в себя объективную оценку пищевого статуса, а также раннее выявление заболеваний, связанных с питанием, недоедания и дефицита питательных веществ. Эта сложная процедура включает в себя два типа показателей: субъективные и объективные.

4.4. Роль кинетотерапевта в мультидисциплинарной команде

Кинетотерапия является самостоятельной специальностью в области медицинской реабилитации, ориентированной на функциональное перевоспитание организма с профилактической и лечебной целью. Хотя термин *кинетотерапия* буквально переводится как *лечение движением*, профессиональная деятельность кинетотерапевта в преподавательской, научной и клинической сферах гораздо шире. В процессе подготовки и профессиональной деятельности кинетотерапевт изучает анатомические и физиологические структуры, обеспечивающие двигательную активность человека, выявляет, анализирует и корректирует функциональные нарушения.

Кинетотерапия применяется профилактически у здоровых людей для предотвращения развития различных патологий, а также у пациентов с уже существующими заболеваниями и инвалидностью, для предупреждения их осложнений и улучшения функциональных возможностей. Основные направления деятельности включают реабилитацию пациентов с неврологическими, опорно-двигательными, сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями, а также лиц в

специфических жизненных ситуациях (беременность, детский возраст, пожилой возраст).

Поскольку инвалидность и хронические заболевания (например, гемиплегия, ампутации, синдром Дауна, сахарный диабет и др.) имеют комплексную природу, процесс реабилитации требует участия мультидисциплинарной команды специалистов, направленных на достижение клинического и функционального улучшения пациентов разного возраста. В такую команду, помимо кинетотерапевта, входят врачи различных специальностей, медицинские сёстры, эрготерапевты, логопеды и психологи. Задача кинетотерапевта заключается в восстановлении функциональной способности и независимости пациентов в повседневной жизни способности и независимость в повседневной деятельности.

Определение

Кинетотерапевт – медицинский специалист, профессионально занимающийся оценкой, диагностикой и лечением заболеваний опорно-двигательного аппарата, неврологических и кардио-респираторных расстройств посредством лечебных упражнений, техники мобилизации и других немедикаментозных методов. Кинетотерапевт играет ключевую роль в реабилитационном процессе, способствуя восстановлению трудоспособности и повышению качества жизни пациентов.

Образование и подготовка

Профессиональная подготовка кинетотерапевта включает четырёхлетнюю программу бакалавриата по физиотерапии и реабилитации. Обучение охватывает теоретические дисциплины, лабораторные занятия и клиническую практику под руководством опытных специалистов.

Области деятельности

Кинетотерапевты работают в различных медицинских и социальных учреждениях, таких как:

- больницы и клиники;
- реабилитационные центры;
- частные кабинеты;
- образовательные учреждения;

- домашняя реабилитация;
- общественные центры;
- спортивные и тренажёрные залы.

Задачи кинетотерапевта

Основная задача кинетотерапевта – улучшение качества жизни пациентов через восстановление и поддержание физической функциональности, а также снижение болевых ощущений и дискомфорта. Работа осуществляется индивидуально, с учётом медицинского диагноза и физических возможностей каждого пациента.

Роль кинетотерапевта в мультидисциплинарной команде

Кинетотерапевт – неотъемлемый член мультидисциплинарной команды, оказывающей помощь пациентам с разнообразными заболеваниями. Такая команда обычно включает врачей, медицинских сестёр, эрготерапевтов, психологов, диетологов и других медицинских специалистов, что обеспечивает комплексный и всесторонний подход к лечению.

Основной вклад кинетотерапевта:

1. **Оценка и планирование лечения:** Кинетотерапевт проводит функциональную диагностику и разрабатывает индивидуальные реабилитационные программы в сотрудничестве с другими специалистами. Программы включают упражнения для укрепления мышц, мобилизационные техники и рекомендации по образу жизни.
2. **Реализация реабилитационных программ:** Специалист контролирует выполнение лечебных мероприятий, отслеживает прогресс пациента и своевременно корректирует программу в зависимости от индивидуальной реакции и достижений пациента.
3. **Обучение пациентов и их семей:** Кинетотерапевт предоставляет необходимую информацию о значимости физических упражнений, правильной осанки и других аспектов физического здоровья, что помогает избежать рецидивов и способствует сохранению достигнутых результатов.
4. **Междисциплинарное сотрудничество:** эффективная коммуникация и взаимодействие с другими медицинскими работниками обеспечивают комплексный подход к лечению, включая участие в

совместных консультациях и регулярных командных обсуждениях.

Примеры совместной работы

1. **С врачами:** кинетотерапевт сотрудничает с ортопедами, неврологами, ревматологами для уточнения диагноза и разработки эффективного плана лечения.
2. **С эрготерапевтами:** в случаях восстановления повседневной активности кинетотерапевт совместно с эрготерапевтом определяет оптимальные стратегии реабилитации.
3. **С психологами:** совместная работа позволяет учитывать психологическое состояние пациентов, обеспечивая комплексную поддержку в процессе восстановления.
4. **С диетологами:** кинетотерапевт взаимодействует с диетологами для оптимизации питания, способствующего процессу выздоровления.

Таким образом, кинетотерапевт, это специалист, занимающийся улучшением и поддержанием физического здоровья пациентов с помощью неинвазивных и персонализированных методов. Его роль в мультидисциплинарной команде очень важна, он вносит свой вклад в целостный и комплексный подход к уходу за пациентами. Сотрудничая с другими медицинскими работниками и активно участвуя в обучении пациентов, кинетотерапевт обеспечивает не только физическое восстановление, но и долгосрочное улучшение качества жизни.

4.5. Роль фармацевта в мультидисциплинарной команде

Социальная направленность фармацевтической службы определяет роль фармацевта в системе здравоохранения. Обновление роли фармацевта в современном обществе было инициировано на сессии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Токио в 1993 году под названием *"Роль фармацевта в системе здравоохранения"*. В докладе ВОЗ на этом международном форуме говорилось, что эффективная медицина может существовать только там, где есть эффективное управление лекарственными средствами.

Определение

Фармацевт – это медицинский работник, работающий в аптеке или другом учреждении здравоохранения, основной задачей которого является производство, контроль, распространение, отпуск лекарств и консультирование по ним, и это единственный аккредитованный медицинский работник в этой области.

ВОЗ подчеркивает, что фармацевты, как партнеры в команде здравоохранения, в силу своей многопрофильной научной подготовки высокого уровня, являются единственными квалифицированными специалистами, чья компетентность уже подтверждена в:

- управлении работой фармацевтических учреждений и их подразделений (планирование, экономический анализ, ведение учета и управление, организация, контроль, информация);
- управлении и администрирование фармацевтических услуг;
- разработке законодательства в области лекарственных средств и контроле за его исполнением;
- реализации технологических процессов производства лекарств в условиях фармацевтической фабрики и фармацевтических микропроизводственных лабораторий;
- выполнении технологических процессов приготовления лекарств в условиях аптеки;
- работе в системе контроля и сертификации лекарственных средств;
- инспектировании и оценка мест производства лекарств;
- участии в процессе регистрации лекарственных препаратов для подтверждения их качества, эффективности и безопасности;
- обеспечении качества фармацевтической продукции на протяжении всего периода ее обращения;
- закупке лекарств;
- решении вопросов рационального, эффективного и безопасного использования лекарств;
- работе институционализированных национальных профильных комитетов.
- проведении судебно-химических экспертиз в качестве экспертов-криминалистов;

- проведении анализа мерчандайзинга на всех этапах продвижения лекарственных средств и другой фармацевтической продукции (от производителя до потребителя);
- оказании первой помощи больным в чрезвычайных ситуациях;
- проведении научных исследований в области лекарственных препаратов и других областях фармации;
- преподавании в высших фармацевтических учебных заведениях;
- информировании врачей и широкой общественности о роли фармацевтов и лекарственных средствах, представленных на рынке.
- соблюдении правил этики и деонтологии при приготовлении, анализе, хранении, транспортировке и отпуске лекарственных средств населению, медицинским учреждениям;
- индивидуальном изучении дидактической, научной, нормативной и информационной литературы.

Ответственность фармацевта в отношении лекарственной терапии была одобрена совместным документом FIP (Международной фармацевтической федерации) и ВМА (Всемирной медицинской ассоциации), разработанным в Гааге в 1998 г.) и включает в себя

1. **Обеспечение** надлежащего снабжения, хранения и выдачи лекарств.
2. **Предоставление** пациентам **информации** о названии и действии назначенных лекарств, возможных лекарственных взаимодействиях, побочных эффектах, правильном применении и хранении.
3. **Анализирование рецепта**, чтобы выявить взаимодействие лекарств, аллергические реакции, противопоказания, полипрагмазию; результаты анализа должны быть доведены до сведения врача.
4. **Участие в разработке и изменении** терапевтического плана в сотрудничестве с врачом и другими специалистами здравоохранения.
5. **Мониторинг** терапии.
6. **Сообщение о** неблагоприятных реакциях через систему фармаконадзора.
7. **Предоставление информации** о лекарствах врачам и другим медицинским работникам.

8. **Поддержка** высокого уровня знаний о лекарствах с помощью совместного профессионального образования.

Определение

Фармацевтическая деятельность – научно-практическая область здравоохранения, включающая разработку лекарственных средств, их стандартизацию, регистрацию, производство, заготовку, контроль качества, хранение, информирование, снабжение и отпуск населению, а также управление фармацевтическими компаниями и их подразделениями, деятельность, осуществляемая только в рамках фармацевтической компании, за исключением исследований для разработки и испытания лекарственных средств, проводимых в соответствии с действующим законодательством;.

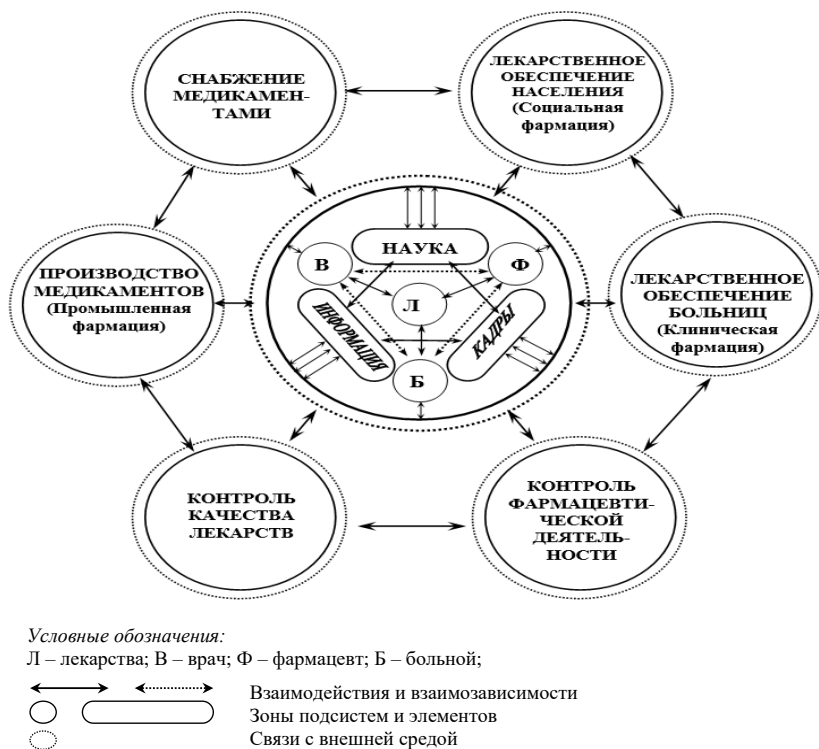


Рис. 4.2. Основные подсистемы фармацевтической системы

Фармацевтическое законодательство – это орбита законодательства в области здравоохранения, представленная следующими законами:

- *Закон о здравоохранении* № 411-ХІІІ от 28.03.1995;
- *Закон о фармацевтической деятельности* № 1456-ХІІ от 25.05.1993;
- *Закон о лекарственных средствах* № 1409-ХІІІ от 17.12.1997;
- *Закон* № 382-ХІV от 06.05.1999 *об обороте наркотических и психотропных веществ и прекурсоров*

С точки зрения теории систем, фармацевтическая система в Республике Молдова рассматривается как подсистема системы здравоохранения, которая, в свою очередь, является составной системой, состоящей из ряда подсистем, каждая из которых, в свою очередь, состоит из нескольких специфических элементов с определенными общими чертами, составляющими организованное целое (рис. 4.2).

Определение

Фармацевтическая система – совокупность предприятий, организаций и учреждений, осуществляющих фармацевтическую деятельность с помощью своих материальных, человеческих, финансовых, технологических и информационных ресурсов, конечной целью которых является обеспечение фармацевтической помощи эффективными, высококачественными, безопасными и доступными лекарствами.”

Принципы профессии фармацевта таковы:

1. **Принцип законности** – все виды деятельности, права, действия, доверенности могут осуществляться только на основании разрешения, санкции, лицензии, сертификата и/или других юридических документов, выданных государственными органами, имеющими право их предоставлять:

- осуществление профессиональной деятельности/ профессиональной практики;
- основание фармацевтической компании;
- производство/изготовление лекарственных препаратов;
- импорт лекарств;

- контроль качества лекарств;
- реклама лекарств;
- использование лекарств;
- аккредитация фармацевтических компаний;
- соблюдение прав потребителей лекарств;
- продвижение этической фармации;
- профессиональные организации – их роль и место в практике профессии и фармацевтической деятельности;

2. Принцип обеспечения качества фармацевтической деятельности – (условия деятельности, компетенции, (категорические) ограничения, правила, инструкции, стандарты и другие положения, которые должны соблюдаться для обеспечения качества фармацевтической деятельности, этические и деонтологические аспекты):

- правила надлежащей практики (GPP, GDP, GMP);
- оснащение мебелью, техническим оборудованием, инвентарем, посудой и т.д.;
- разделение компетенций и функций в зависимости от уровня подготовки (образования);
- фармацевтические услуги – требования, условия предоставления и т.д.;
- операционные процедуры – обязательное наличие и внедрение;
- запрет на разрушительные факторы;
- места, где аптека запрещена;
- заработная плата специалистов, соответствующая их компетенции и обязанностям;
- защита профессии и качества аптеки;
- управление фармацевтическим предприятием (аптекой) – старший фармацевт, требования, условия работы, обязанности;
- особенности фармацевтической деятельности в больничной аптеке;
- фармацевтическая помощь;
- реализация концепции РИЛ (Рациональное использование лекарственных средств);

3. Принцип гарантированного доступа к лекарствам (все правовые нормы, направленные на обеспечение физической и экономической доступности лекарств):

- установление правил по минимальному обязательному ассортименту лекарственных средств для фармацевтических компаний;
- гарантированный доступ к муниципальной аптеке;
- обеспечение доступа путем рационального/пропорционального расширения аптек;
- обеспечение доступа к лекарствам в сельской местности;
- обеспечение доступности;
- ценовая политика в отношении лекарств (установление правил, которые предотвратят необоснованное/незаконное повышение цен/ необоснованное/незаконное повышение цен на лекарства);
- различные способы гарантировать доступность лекарств (компенсации, бесплатные лекарства, государственные программы и т.д.).

4. Принцип обеспечения условий хранения лекарственных средств (общие и особые правила, соблюдение которых обеспечивает качество, безвредность и эффективность лекарственных средств):

- правила GSP – необходимость разработки и внедрения;
- общие требования к хранению лекарств в аптеках в больничных отделениях;
- соответствующая требованиям транспортировка лекарств (GTP);
- нормы (правила), касающиеся обязанностей граждан хранить лекарства дома;
- обеспечение безвредного уничтожения лекарств;
- дезинфекция места для хранения лекарств.

5. Принцип единства медицинской и фармацевтической деятельности (медицина и фармация – компоненты системы здравоохранения, цель фармацевтической системы, взаимозависимость и сотрудничество между врачом и фармацевтом, МУ – фармация, клиническая фармация – на благо здоровья человека):

- сотрудничество между врачом и фармацевтом;
- сотрудничество между медицинским учреждением и аптекой;
- запрет врачам, медсестрам и другим специалистам заниматься фармацевтической деятельностью;
- электронный рецепт – документы, которые объединят деятельность врача и фармацевта на благо пациента;

- медицинские учреждения и общественные аптеки обязаны иметь в своем штате фармацевта-клинициста;
- роль клинического фармацевта в медицинском учреждении;
- осознание концепции рационального использования лекарств;

6. Принцип сбалансированного регулирования фармацевтического рынка (правила, которые минимизируют риски возникновения деструктивных факторов на фармацевтическом рынке):

- поддержка местных производителей лекарств;
- стимулирование развития аптечной сети в сельской местности;
- запрет монополии на лекарственный(ые) препарат(ы);
- борьба с недобросовестной конкуренцией и обеспечение конкуренции на основе профессионализма;
- запрет монополии/олигополии фармацевтических компаний;
- внедрение единой (общей) автоматизированной информационной системы;
- мониторинг фармацевтического рынка;
- правила, обеспечивающие минимизацию риска несбалансированности фармацевтического рынка;
- посредничество в поставках лекарств;
- параллельный импорт лекарств;
- защита свободной конкуренции (запрет на концентрацию капитала на фармацевтическом рынке).

7. Принцип обеспечения эффективной координации и контроля фармацевтической системы (общие правила директивного характера, необходимость соблюдения управленческой законности и теории управления, делегирование полномочий, иерархизация и т.д.):

- уполномоченный орган, обладающий правами и обязанностями в области фармацевтической деятельности и координации фармацевтической системы;
- право делегировать полномочия;
- необходимость децентрализации путем создания регионального уровня (округ, межрегион, район);
- обеспечение эффективного контроля над фармацевтической деятельностью и компаниями;

- санкции, предусмотренные Кодексом о правонарушениях, Уголовным кодексом, дополнительные (специальные, отзыв лицензии);
- инспекция, статус фармацевтического предприятия, обеспечение деятельности на основании Положения, утвержденного Правительством на основании законодательных норм).

Отношения между врачом и фармацевтом, начиная с исторического момента их появления, всегда были отношениями сотрудничества и всегда были направлены на обеспечение успешного лечения пациентов.

С точки зрения официальных правил, отношения между врачом и фармацевтом рассматриваются в этико-деонтологическом ключе. Так, в Кодексе этики фармацевтов Республики Молдова указано, что *"отношения между фармацевтом и врачом должны быть основаны на сотрудничестве в интересах пациентов"*:

- фармацевт должен воздерживаться от любых действий, которые могут ущемить достоинство врача, а врач не должен подрывать авторитет фармацевта;
- фармацевт ответит на запросы врачей о фармацевтической продукции и предоставит необходимую информацию о лекарствах, имеющихся в отделении;
- сотрудничество между фармацевтом и врачом должно быть направлено на выбор эффективных лекарств, оптимальных лекарственных форм, рациональных схем лечения и т.д.;
- высокий профессионализм фармацевта является важным критерием для установления коллегиальных отношений между фармацевтом и врачом.

Отношения между врачом и фармацевтом на благо пациента проявляются в реализации следующих процессов:

- назначение лекарств;
- отпуск лекарств из аптеки;
- приём лекарств;
- анализ рецептов.

5. ЧЕЛОВЕК И БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ. КОНЦЕПЦИЯ ВИРДЖИНИИ ХЕНДЕРСОН

Автор: Мария Мунтян

Теории, модели, концепции ухода

Концепция, лежащая в основе многих социальных и гуманитарных наук и лежащая в основе научных теорий сестринского дела, – это холизм. Холизм, который также присутствовал в качестве идеи в античности, является теорией, возникшей в конце 20-го века. Холистический подход, возникший в конце двадцатого века, основан на идее, что живая природа понимается как единое целое, возникающее в результате взаимодействия ее компонентов. Целое, компонент реальности, – это нечто большее, чем сумма его частей. Следовательно, в биологии, медицине, психологии, социологии холизм постулирует, что к объекту исследования (человеку, психике и т.д.) нужно подходить как к целому, а не как к сумме его частей.

В медицинских и социально-гуманитарных науках подход к человеку, помимо биологического индивидуума, как к неделимой био-психо-социо-культурной и духовной сущности, начинается с холистической теории.

В сестринском деле к человеку нужно подходить как к единому целому, а не к его составным частям, даже если они затронуты. Например, если у человека затруднено дыхание, уход не будет ограничиваться функцией дыхания, а будет учитывать и другие составляющие человека, включая психосоциальные аспекты. Затрудненное дыхание может привести к ухудшению общения с другими людьми, изменению самовосприятия или снижению/прекращению активности с последующей социальной изоляцией.

Еще одна концепция, которой медсестры отдают должное, – это концепция "конкретного человека". Понятие "конкретный человек" взято из гуманистических идей XX века в Соединенных Штатах Америки, которые утверждают центральное место человека со всеми его потребностями. Эти теории утверждают, что общество должно принимать во внимание и удовлетворять все потребности

человека, а не только потребности выживания. Эти идеи распространились и в наши дни, когда правительства развитых стран обязывают общества обеспечивать адекватные условия жизни для своих граждан и участвовать в поддержании и укреплении их здоровья. Природа человека включает в себя биологию, психологию и общество, поэтому человек считается био-психо-социальным существом.

Развитие существ происходит в этих трех аспектах (биологическом, психологическом и социальном), и существуют различные элементы, которые являются частью сущности человека и позволяют Вам развиваться и прогрессировать во всех этих областях.

Концепция человека. Тело и душа, чувство и разум, природа и культура, земное и божественное существо, человек занимает привилегированное положение в этом существовании. Его определяют несколькими способами:

1. рациональное существо (*homo cogitans*; Б. Паскаль - "мыслящий тростник"; М. Хайдеггер - "разумное животное") - рациональность является характерной чертой всех видов человеческой деятельности; определение, которое сохраняет свою объяснительную ценность; однако человек - утверждал Хайдеггер - это больше, чем рациональное животное, он единственный, кто пользуется совершенством Бытия; а Комский определял человека как рациональность, обусловленную языком.
2. био-психо-социо-социально-историческое существо - единство биологических, психологических, социальных детерминаций как поддержка свободной и демиургической деятельности, характерной для индивидуума; человек является представителем неопределенного, все реакции сущего в его свободе; его можно определить как существо, находящееся в месте слияния всех природных (физических и биотических), социальных, поведенческих и концептуальных возможностей [L. Rapă, 2002]; используя метафору как фигуру речи, Л. Блага подчеркивает, что в отличие от животных, которые находятся по касательной к поверхности земли,

человек занимает перпендикулярное положение по отношению к ней, являясь продолжением земного радиуса.

Характеристики человеческих измерений

Физическое – физическое измерение относится к телесной природе человека. Человеческое измерение может быть более структурным, поскольку тело – это основной инструмент для функционирования человека в любой сфере. Это измерение проявляется в том внимании, которое уделяется уходу за телом, как внутри, так и снаружи. Развитие телесного измерения человека означает содействие правильному питанию и достаточной физической активности, чтобы поддерживать тело в хорошем состоянии.

Психологические детерминанты человеческой природы представляют собой совокупность психологических структур, процессов, черт и функций, характерных для человека в целом; детерминанты, которые либо позитивно оцениваются и поощряются в своем развитии, либо оцениваются как негативные и, следовательно, не поощряются.

Социальное – в социальном измерении человек рассматривается как часть группы, и учитываются отношения, существующие между членами этой группы.

Духовное – человек испытывает глубокую потребность в духовном смысле и цели, и эти эмоции могут быть вызваны (удовлетворены) только через религиозный опыт (ред. Берк). Некоторые люди связывают это измерение со своей идеей Бога или сверхъестественного существа; некоторые люди связывают это с поддержанием позитивных мыслей, которые порождают благополучие; а другие связывают это с культивированием так называемого "внутреннего Я", того самого глубокого личного референта, который каждый человек хранит внутри себя.

Человек постоянно стремится к гармонии с окружающими его людьми в своей социальной жизни и с самим собой в своей внутренней жизни. Любая деятельность, претендующая на звание профессиональной, должна быть научно обоснованной. При всем разнообразии теорий и концепций ухода (в нашей профессии), все они имеют

определенное представление об ухаживаемом человеке, здоровье и уходе (сестринском деле).

Концепция личности по Вирджинии Хендерсон: "Личность - это био-психо-социальная сущность, образующая неделимое ЦЕЛОЕ (понятие глобальности личности)". У него есть фундаментальные потребности (общие для всех) с конкретными проявлениями, которые он удовлетворяет сам, если чувствует себя хорошо. Он стремится к автономии в удовлетворении своих потребностей.

Концепции здоровья. Было сформулировано несколько определений здоровья. *Определение здоровья, данное ВОЗ:* "Здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи".

Другие определения:

"Здоровье – это состояние, при котором потребности удовлетворяются автономно, не ограничиваясь отсутствием болезней" (Вирджиния Хендерсон) "Здоровье – это состояние био-психо-социального, культурного и духовного равновесия, состояние автономии и независимости, не равное отсутствию болезней или немощи, это динамическое состояние, которое позволяет организму оставаться в равновесии с внешней и внутренней средой". Динамичность относится к способности человека адаптироваться к изменениям во внутренней и внешней среде.

"Здоровье – это все биофизические, физические, аффективные, психические и социальные силы, которые можно мобилизовать, чтобы противостоять болезни, компенсировать ее и преодолеть".

Понятие болезни – это нарушение равновесия, гармонии, тревожный сигнал в виде физического или душевного страдания, затруднение или неспособность к новой, временной или постоянной ситуации. Это событие, которое может дойти до социального отторжения человека в его окружении.

Концептуальная модель Вирджинии Хендерсон

Вирджинию Хендерсон называют "современной легендой" сестринского дела, "самой важной фигурой XX века" в этой области. Она сравнивает себя с Флоренс Найтингейл в том, что касается

представления профессии медсестры, благодаря благотворному влиянию ее работы. Обладательница многочисленных докторских степеней, она получила самую престижную награду Международного совета медсестер (ICN) – премию Кристианн Рейманн – в знак признания ее влияния на сестринскую практику, образование и исследования. Среди прочей деятельности В. Хендерсон преподавала в колледже Колумбийского университета в 1930-1940 гг. и после 1953 г. в Йельской школе сестринского дела, где она внесла свой наибольший вклад в развитие сестринского дела. В 1939 г. она опубликовала "Принципы и практика сестринского дела". В 1966 году она опубликовала "Основные принципы сестринского дела", которые были пересмотрены и дополнены в 1972 году. Эта работа была переведена на 27 языков (в 1991 году переведена на румынский) и опубликована издательством Международного совета медсестер. Концептуальная модель Вирджинии Хендерсон – это теория, определяющая подход к сестринской практике. Она сосредоточена на повышении независимости пациента в процессе выздоровления с ускоренным заживлением во время госпитализации.

Модель Вирджинии Хендерсон делает акцент на базовых человеческих потребностях как центре внимания сестринской практики. Это привело к развитию множества других моделей, в которых медсестер учат оказывать помощь пациентам с учетом их потребностей.

Концептуальная модель рассматривает человека как единое целое, характеризующееся физиологическими потребностями и стремлениями, которые в общем случае называются базовыми потребностями. Концептуальная схема Вирджинии Хендерсон основана на определении 14 базовых потребностей с их био-психо-социальными и культурными компонентами.

Ценности и убеждения

V. Хендерсон рассматривает действия медсестры прежде всего как восполнение того, чего не хватает пациенту; действия призваны дополнить то, что необходимо пациенту для функционирования в направлении 14 основных видов деятельности, дать пациенту силу, волю или знания. Медсестра должна быть заменителем (восполнять

недостаток, который есть у пациента), помощником и партнером пациента. "Медсестра временно является сознанием для бессознательного, любовью к жизни для самоубийцы, ампутированной конечностью, глазом для слепого, движением для младенца и знанием для молодой матери".

Концептуальная модель

Неотношенческие аспекты

- Пациент – это человек, которому нужна помощь для достижения независимости.
- Медсестра помогает человеку, больному или нет, выполнять действия, которые способствуют сохранению здоровья, выздоровлению или спокойной смерти, давая ему силы, волю или знания для этого.
- Ухаживающий процесс будет начат как можно быстрее.
- Цель - независимость.
- Медсестра будет проводить свои исследования, обучение и всю свою работу, стремясь к этой цели.
- Медсестра управляет этим процессом независимо от врача.
- Медсестра является и должна быть независимым практикующим специалистом, работающим в законных (лицензированных) условиях и принимающим решения, выносящим суждения, но не ставящим медицинские диагнозы, не назначающим лечение болезней и не делающим прогнозы.
- Медсестра является уполномоченным лицом по основному уходу (сестринскому делу).

Отношенческие аспекты

- Роль и функции сестринского дела различны и зависят от конкретной ситуации.
- Сочувствие, понимание и объем знаний находятся в центре внимания при оказании помощи для достижения независимости пациента.
- Эмпатическое понимание и честная поддержка помогают семье определить потребности пациента.

Образование

В этой области Вирджиния Хендерсон является приверженцем непрерывного образования, на протяжении всей жизни, что означает накопление новых, актуальных знаний и оттачивание приобретенных навыков. Ей необходимо быть в курсе всего нового в своей области и совершенствовать свою работу.

Исследования

'...,...медсестры, работающие в конкретной области независимой практики или в суперспециализированной области, должны взять на себя ответственность за выявление проблем для постоянного подтверждения своих функций, за совершенствование используемых ими методов и за оценку результатов, полученных на практике... ни в одной области работа не улучшается без исследований'. Вирджиния Хендерсон, в конечном счете, остается теоретиком, заложившим основы современного сестринского дела в образовании, и ее теория, усовершенствованная, лежит в основе теории и практики сестринского дела.

Важнейшими компонентами концептуальной модели являются следующие:

- постулаты;
- ценности;
- элементы.

Постулаты. Они являются теоретическим и научным обоснованием концептуальной модели. Утверждения, подкрепляющие другие утверждения. Они признаны и приняты (их не нужно доказывать). Постулаты, на которых основана модель Вирджинии Хендерсон, следующие:

- **Каждый человек стремится к независимости;**
- **Человек образует единое целое, характеризующееся фундаментальными потребностями;**
- **Когда одна из потребностей остается неудовлетворенной, человек не является "полным", "цельным", "независимым".**

Ценности или убеждения. В основе модели Вирджинии Хендерсон лежат три ценности:

1. Медсестра обладает собственными функциями;
2. Когда медсестра сменяет врача, он или она уступает часть своих обязанностей неквалифицированному персоналу;
3. Общество ожидает от медсестер услуг, которые оно не может получить ни от одного другого специалиста.

Элементы, придающие смысл профессиональной жизни, – это:

1. Цель профессии:

- помочь пациенту сохранить или восстановить свою независимость, чтобы он мог самостоятельно удовлетворять свои потребности;
- благоприятствовать исцелению;
- помочь умирающим достойно уйти из жизни.

Представители этой профессии стремятся к идеалу. Однако в реальности они не могут его достичь – они соглашаются на ограниченную деятельность, направленную на сохранение или восстановление независимости людей, о которых они заботятся.

2. В центре профессиональной деятельности находится бенефициант – человек или группа людей, на которых направлена деятельность. При достижении цели учитывается тот факт, что человек, больной или здоровый, представляет собой единое целое с потребностями, общими для всех людей, но также и то, что проявление потребностей у разных людей различно.

3. Роль профессии – обозначает социальную роль, которую выполняют представители профессии.

Роль сиделки заключается в том, чтобы заменить зависимость (то, что человек не может сделать), попытаться заменить потребность, чтобы человек мог выполнять свои требования более легко и без ущерба для здоровья.

4. Источник трудностей. Трудности, возникающие у пациента, из-за которых он не может удовлетворить одну из своих потребностей, вызваны недостатком:

- силы;

- воли;
- знаний.

Эти трудности входят в компетенцию медсестры, и очень важно знать их источник. Но трудности, с которыми сталкивается пациент, не все связаны с профессией медсестры.

5. Вмешательство в человека – медсестра не должна упускать из виду всего человека. Вмешательство будет сфокусировано на "недостатке" и будет заключаться в повышении (увеличении) независимости человека.

6. Последствия – это результаты – "облегчение" зависимости или – "обретение" независимости + достижение цели.

Чтобы применить концептуальную модель Вирджинии Хендерсон, специалистам в области здравоохранения необходимо знать, что базовая потребность – это жизненно важная, необходимая потребность человека для обеспечения благополучия, физической и психической защиты.

14 основных потребностей:

1. Дыхание и хорошее кровообращение
2. Пища и жидкость
3. Выделение продуктов жизнедеятельности
4. Движение и хорошая осанка
5. Сон и отдых
6. Потребность одеваться и раздеваться
7. Поддержание нормальной температуры тела
8. Чистота, уход за собой, защита кожи и слизистых оболочек
9. Безопасность и защищённость
10. Потребность в общении
11. Потребность в жизненных ценностях и вероисповедании
12. Потребность реализовать себя и быть полезным
13. Потребность в отдыхе
14. Потребность быть здоровым.

Каждая из этих потребностей затрагивает различные аспекты человеческого бытия, а именно:

- биологическое измерение
- психологическое измерение
- социологическое измерение
- культурное измерение
- духовное измерение

14 базовых потребностей принимают самые разные формы в зависимости от человека, состояния его здоровья, зрелости, личных и культурных привычек. Каждая потребность имеет био-психо-социально-культурные компоненты. Согласно концепции Вирджинии Хендерсон, идеальной целью сестринской профессии является независимость человека в реализации 14 базовых потребностей. Независимость и зависимость в удовлетворении основных потребностей. Для того чтобы поддерживать физиологическое и психологическое равновесие, пациент должен достичь минимального уровня удовлетворения своих потребностей.

Независимость – это удовлетворение одной или нескольких потребностей посредством собственных действий, осуществляемых самим человеком.

Независимость взрослого – это достижение приемлемого уровня удовлетворения потребностей с помощью действий, которые взрослый совершает сам (в одиночку), без помощи другого человека.

Независимость детей также рассматривается, когда потребности удовлетворяются с помощью других людей в зависимости от стадии роста и развития ребенка.

Зависимость – это неспособность человека самостоятельно, без помощи другого человека, принимать поведение или выполнять действия, которые позволяют ему удовлетворять приемлемый уровень потребностей, чтобы быть независимым.

Вероятное происхождение этой зависимости таково:

- недостаток сил (когда пациент не может);
- нежелание (когда они не хотят);
- отсутствие знаний (когда пациент не знает, как действовать, чтобы удовлетворить основные потребности).

Проявление зависимости. Когда фундаментальная потребность не удовлетворяется из-за источника трудностей, возникает одно или несколько проявлений зависимости. Это заметные признаки определенной неспособности человека удовлетворить эту потребность самостоятельно.

Классификация уровней зависимости

Уровень зависимости (индекс тяжести) человека, за которым ухаживают, можно определить после оценки функции независимости/зависимости каждой базовой потребности в соответствии со следующей таблицей:

Таблица 5.1. Соответствие уровней зависимости

Уровень зависимости	Уровень – 1	Уровень – 2	Уровень – 3	Уровень – 4
	Человек независим и самостоятелен	Человек умеренно зависим	Человек находится в большой зависимости	Человек находится в полной зависимости

Каждая базовая потребность может быть отнесена к одной из четырех категорий. Общее количество полученных баллов позволяет разделить пациентов на четыре категории зависимости:

Таблица 5.2. Классификация на четыре категории зависимости

Человек независим	до 14 лет – уровень 1
Человек умеренно зависим	От 15 до 28 – Уровень 2
Человек находится в большой зависимости	От 29 до 42 – Уровень 3
Человек находится в полной зависимости	43-56 – Уровень 4

Оценка уровня зависимости пациента служит измерительным инструментом, которым мы руководствуемся в процессе ухода. Таким образом, регистрация и отслеживание уровня зависимости позволяет нам оценить результаты лечения и вмешательств по уходу.

Определить и записать уровень зависимости можно только для одной или нескольких неудовлетворенных потребностей, выставляя оценку от 1 до 4, не суммируя баллы.

Виды зависимости и уровень вмешательства

Зависимость требует рассмотрения биологических, психологических, социальных, культурных и духовных аспектов человеческого существа. У пациента могут наблюдаться четыре формы зависимости:

- потенциальная;
- текущая;
- убывающая;
- постоянная.

1. Потенциальная – когда проблема зависимости может возникнуть из-за предрасположенности, и в этом случае необходимо планировать вмешательство.

2. Текущая – когда проблема присутствует, зависимость является текущей, и в этом случае действия будут корректирующими.

3. Убывающая – когда зависимость пациента снижается или уменьшается, и роль патронажной медсестры заключается в том, чтобы поддержать этот прогресс и помочь пациенту вернуть оптимальную степень самостоятельности.

4. Постоянная – когда, несмотря на помощь медсестры, проблема не может быть устранена, и зависимость становится постоянной или хронической. Роль медсестры в этом случае заключается в том, чтобы дополнить то, что пациент не может делать самостоятельно, и помочь ему или ей адаптироваться в этих пределах.

Источники трудностей определяются как причина зависимости, т.е. любое серьезное препятствие, которое мешает удовлетворению одной или нескольких базовых потребностей.

Источники трудностей могут быть вызваны различными факторами:

1. физический
2. психологический
3. социальный

4. духовный

5. связанные с недостатком знаний.

1. **Физические источники трудностей** включают в себя все физические препятствия внутренней или внешней природы, которые негативно влияют на удовлетворение одной или нескольких базовых потребностей. Внутренние источники трудностей исходят от самого человека (например, паралич, проблемы с обменом веществ, инфекция и т.д.). К внешним источникам трудностей относятся внешние агенты, которые при контакте с человеческим телом препятствуют его нормальному функционированию (например, назогастральная трубка или мочевого пузыря, вызывающие раздражение, компрессионная повязка, иммобилизация и т.д.).
2. **Психологические источники трудностей** включают в себя чувства и эмоции, т.е. эмоциональные и интеллектуальные состояния, которые могут влиять на удовлетворение определенных базовых потребностей (расстройства мышления, тревога, стресс, кризис, горе и т.д.). Проявления зависимости на этом уровне могут затрагивать все потребности.
3. **Источники социальных трудностей** включают проблемы вписывания в общество. Они могут выражаться в изменении социальных ролей (новая работа, безработица, трудности в общении, проблемы с адаптацией к культуре, чувство отверженности и т.д.). Источники социальных трудностей могут влиять на качество жизни и быть источниками стресса, депрессии, недоедания и т.д.
4. **Источниками духовных трудностей являются** духовные устремления, бунт человека по поводу смысла жизни, религиозные, философские вопросы, ограничения в практике религии, которые вызывают у человека неудовлетворенность. Они особенно затрагивают пожилых людей и умирающих.
5. **Источники трудностей, связанные с недостатком знаний.** Необходимо предоставить пациенту информацию для самопознания, знания о здоровье и болезни, знания о других людях, знания о социальном окружении.

Вмешательство медсестры может быть направлено непосредственно на источник трудностей или на проявления зависимости. Однако иногда источник трудностей не поддается воздействию.

Пример

В случае оперированного пациента с проблемой недержания мочи, из-за действия анестезии медсестра не может воздействовать на источник, а может только на проблему, которая является проблемой зависимости пациента. Напротив, когда речь идет о недостаточных знаниях, действия медсестры могут быть направлены непосредственно на источник трудностей – через соответствующее обучение (образование) пациента. Другие ситуации, в которых медсестра не может воздействовать на источник трудности: *интеллектуальный дефицит*.

Но есть ситуации, когда вмешательство медсестры может быть на обоих уровнях: например, *пациент с пролежнем из-за иммобилизации* (медсестра обрабатывает рану, но также и устраняет источник проблемы – меняет положение пациента).

6. ПРОЦЕСС УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ

Автор: Людмила Постика

Процесс ухода за больным – это клинический, плановый, прагматичный метод, который позволяет обеспечить индивидуальный уход в соответствии с конкретными реакциями каждого человека (сообщества) на фактическое или потенциальное изменение состояния здоровья.

Таким образом, стереотипный, стандартизированный уход отменяется. Он будет применяться на индивидуальной основе, после анализа степени зависимости, которая возникла/может возникнуть при удовлетворении физических или психосоциальных потребностей человека (с помощью концептуальной схемы Вирджинии Хендерсон). Этот тип ухода также предполагает изменения в динамике, основанные на постоянной переоценке состояния пациента и его реакции на предоставляемый уход.

Этапы процесса ухода

- Процесс ухода состоит из четырех компонентов:
- оценка состояния пациента/общества - выяснение существующего состояния здоровья или болезни, определение текущих и потенциальных проблем со здоровьем, что приводит к формулированию диагноза ухода;
- разработка логического плана ухода – специфического для пациента или оцениваемого сообщества, строго индивидуального и направленного в соответствии с поставленным диагнозом/диагнозами;
- реализация разработанного плана ухода – его внедрение для решения проблем ухода за пациентом и обществом;
- оценка эффективности предпринятых действий по уходу и постоянное переосмысление/переформулирование первоначального плана с учетом изменения состояния здоровья пациента.

Понятие здоровья не ограничивается отсутствием болезней, поэтому здоровье можно определить как:

- ✓ состояние, в котором потребности удовлетворяются автономно (Виргиния Хендерсон);

✓ физическое, психическое и социальное благополучие (ВОЗ).

Здоровье считается свойством биологических существ. Существование здоровья признается, когда все компоненты индивидуального организма функционируют должным образом. Здоровье считается утраченным при возникновении болезни, которую можно определить изменение органических функций, вызванное снижением потенциала или сокращением продолжительности жизни. Она вызывается специфическими факторами/внутренними, физиологическими процессами организма или его вторжением патогенных микроорганизмов.

Сестринское дело играет важную роль в защите и поддержании здоровья, а корни сестринского дела уходят в фундаментальные потребности человека, а именно в свод принципов, разработанный Вирджинией Хендерсон.

План ухода можно определить как теоретический код или систематический, организованный, планомерный метод предоставления индивидуального ухода, направленного на определение уникальных реакций человека или сообщества на фактические или потенциальные изменения здоровья.

Определение проблемы ухода = важный этап плана ухода. Уход должен основываться на всех тех соображениях, которые лежат в основе действий медсестры. Это вводит в уход понятие "методической работы", работы, которая хорошо продумана для того, чтобы достичь намеченной цели как можно эффективнее. Все эти действия медсестры выполняются методично, как структура сестринского процесса = плана ухода.

План ухода состоит из пяти этапов:

1. сбор и оценка данных;
2. выявление проблем, связанных с уходом;
3. планирование ухода путем постановки целей и задач и определения мероприятий;
4. воплощение плана ухода в жизнь с помощью самостоятельных и делегированных действий;
5. оценка ухода.

Сбор данных

Сбор данных включает в себя оценку состояния пациента и является первым шагом в процессе ухода, который начинается с первой встречи медсестры с пациентом или подопечным и продолжается на протяжении всего процесса ухода, поскольку состояние здоровья тех, за кем ухаживают, постоянно меняется.

На протяжении всего процесса ухода оценка состояния пациента – это **непрерывный, динамичный и строго индивидуальный процесс.**

Цель:

- ✓ оценка текущего/потенциального состояния здоровья или болезни человека, за которым осуществляется уход;
- ✓ определение и установление приоритетов потребностей в уходе за пациентом.

Цель этапа оценки состояния пациента – сформулировать сестринский диагноз. Для реализации этого этапа необходимо выполнить несколько шагов:

1. сбор данных;
2. запись данных;
3. анализ данных;
4. постановка диагноза (диагнозов) – обеспечивает рациональную и прагматичную основу для последующей разработки плана ухода.

Каждый из этих этапов имеет свое специфическое содержание и свой способ практической реализации.

1. Сбор данных

Сбор данных – это первый контакт медсестры с пациентом, который включает в себя сбор субъективной и объективной информации о состоянии здоровья оцениваемого пациента и удовлетворении его личных потребностей, как в настоящее время, так и до момента оценки.

Сбор данных осуществляется с помощью:

- анамнез пациента, родственников - интервью;
- физическое обследование пациента;

- лабораторные тесты;
- консультация с существующими медицинскими записями.

Эти данные, информация получаются в процессе коммуникации - процесса, в ходе которого один, два или более людей выражают свои мысли или чувства и понимают значения друг друга. Терапевтическое общение - динамический процесс выработки, передачи и приема информации между пациентом и медсестрой - реализуется между медсестрой и пациентом. Таким образом, общение основано на мастерстве, сочувствии и теплоте.

Типы данных:

A. по источникам информации:

- первичные (прямые) данные, информация, полученная от пациента;
- вторичные (косвенные) данные, информация из окружения или из предыдущих медицинских документов и литературы.

B. По характеру содержащейся информации мы имеем данные:

- субъективные (симптомы - жалобы пациента);
- объективные данные (признаки - изменения, распознаваемые органами чувств + информация, полученная в результате лабораторных исследований).

C. Временной характер содержащейся информации:

- текущие данные (информация, актуальная на момент оценки и потенциально изменчивая);
- предыдущие данные (прошлое - информация о семье и личной истории болезни).

D. Потенциал изменения содержания информации:

- Стабильные (неизменные) данные - это общие данные (имя, возраст, пол), демографические данные (раса, религия) или физические данные (группа крови, протезы, аллергии, генетические заболевания);
- Переменные данные - общие и психосоциальные данные (семейное положение, поведенческие привычки, друзья; дан-

ные физического обследования (возраст, артериальное давление, пульс, температура, вес, объем талии); лабораторные исследования на данный момент (электрокардиографические показатели, уровень глюкозы в крови, мочевины и т.д.).

Анамнез (интервью):

Определение: прямой способ сбора данных, посредством непосредственной беседы с человеком, за которым ухаживают, плюс дополнительная информация, предоставленная ухаживающими, и данные, записанные в различных предыдущих медицинских картах пациента. Представив себя собеседнику, медсестре рекомендуется в простых и общих выражениях объяснить, как будет проходить беседа, ее цель и как будут использоваться полученные данные: в интересах пациента, для процесса ухода и для медицинского акта.

Получение этих данных - настоящее искусство, требующее профессиональной строгости и внимания, а также определенных психологических качеств со стороны медсестры.

Интервью позволяет выявить неудовлетворенные потребности человека и различные проявления зависимости, которые они вызывают. Интервью - это инструмент *par excellence* для персонализации ухода (инструмент оценки личности).

Требования к проведению собеседования	Необходимо принять во внимание некоторые важные факторы: – Время для пациента; – Соблюдение времени приема пищи; – Соблюдение времени отдыха и усталости; – Уважение к периодам, когда пациент чувствует себя очень плохо; – Медсестра должна организовать свою работу таким образом, чтобы у пациента было достаточно времени для самовыражения в своем собственном темпе; – Медсестра также должна создать все условия с учетом права пациента на частную жизнь и его комфорт; – Собеседование основывается на способности медсестры наладить эффективное и четкое общение; – Интервью предполагает способность медсестры демонстрировать поведение, которое отражает: отношение принятия и уважения, умение слушать и сопереживать.
---	--

Навыки медсестры по проведению собеседований	Медсестра демонстрирует такое поведение следующим образом: — Сохраняет спокойное выражение лица, улыбается (когда это уместно); — С помощью удобной позы и языка, демонстрирующего пациенту его готовность слушать и облегчающего следование за интервью; — гарантирует конфиденциальность данных, предоставленных пациентом. <u>Способность содействовать (благоприятствовать) проведению интервью:</u> а) умение задавать соответствующие вопросы — Вопросы могут быть закрытыми или открытыми: ● Закрытые вопросы - дают ограниченный ответ "да" или "нет". Например: <i>"Вы хорошо спали?"</i> (монослоговый ответ). ● Открытые вопросы - дайте пациенту возможность высказаться. Например: <i>"Расскажите мне о проблеме, из-за которой Вы попали в больницу".</i> или <i>"Можете ли Вы описать свой режим сна?"</i> Открытые вопросы могут быть разных типов: ➤ Повествование (например, <i>"Расскажите мне, какие проблемы создает Вам Ваша болезнь"</i>), <i>"Расскажите мне, что произошло"</i> (разворачивание события); ➤ Описание (например, <i>"Опишите мне свой способ ведения дел"</i>); ➤ по типу квалификации (например, <i>"Почему Вы никогда не едите мясо?"</i>). б) способность подтвердить (валидизировать) свои представления о пациенте таким образом, чтобы устранить субъективность своего наблюдения (например, <i>"Вы сказали мне, что Вас рвет уже два дня"</i>). Попросите его повторить Вам то, что, как Вам кажется, Вы не поняли. в) способность вернуть пациента к необходимым ответам, когда он отвлекается (например. <i>"Я вижу, что Вас очень беспокоит Ваше пищеварение, но не могли бы Вы рассказать мне о своем сне?"</i>). г) способность к синтезу (например. <i>"То, что Вы мне рассказали, показывает, что Вы никогда не можете расслабиться из-за своей нервозности"</i>).
--	--

	д) умение применять активное слушание: - повторяя последнюю часть фразы пациента, извлекая и переформулируя эмоциональное содержание высказывания пациента и отвечая таким образом, чтобы продемонстрировать, что Вы понимаете, что чувствует (переживает) пациент.
--	---

Такая доступность необходима для того, чтобы пациент не замкнулся в себе и не перестал отвечать на вопросы. Медсестра должна знать, как задать дополнительные вопросы или умолчать о проблемах, которые ставят пациента в неудобное положение.

Цель	– Получение информации о прошлом и текущем состоянии здоровья пациента; – Начало терапевтических отношений между пациентом и медсестрой, которым благоприятствует обмен информацией, идеями и эмоциями; – Получение информации о пяти "измерениях" пациента: физическом, эмоциональном, интеллектуальном, духовном, социальном, а также о сотрудничестве пациента в постановке целей, планировании вмешательств и их реализации; – Наблюдайте за реакцией пациента: за взаимодействием между пациентом и его семьей, тем, как он развивается в больничной обстановке; – Обеспечение участия пациента, которое побудит его задавать вопросы и участвовать в постановке целей и осуществлении ухода.
Виды интервью	– <i>Структурированный</i> - для получения основных данных о каждом пациенте. Например, "Как Вас зовут?", "Чем Вы занимаетесь?"; – <i>полуструктурированный</i> - проводится с заранее определенными целями и контрольными показателями. Например. "Расскажите мне о том, что Вы страдаете от запоров".
Этапы интервью	<u>а. Начните интервью:</u> – Вступление - медсестра представляется, называя свое имя, должность, цель интервью и его продолжительность. Пр.: "Здравствуйте,... Меня зовут... и я медсестра. Я бы хотела поговорить с Вами в течение 10 минут о Вашем здоровье и попросить Вас ответить на несколько вопросов, которые позволят мне спланировать Ваш уход. Вы согласны?"

	– пациенту будет обеспечена конфиденциальность интервью - будет представлен способ, которым эти данные будут использованы в интересах пациента для реализации процесса ухода. <u>б. Проведение интервью:</u> – Медсестра задает открытые или закрытые вопросы, ответы на которые формируют "профиль" пациента; – Во время интервью медсестра и пациент поочередно становятся отправителем и получателем. Например: Пациент: <i>"Почему источник кислорода находится на стене над моей кроватью? Значит ли это, что я серьезно болен?"</i> Медсестра: <i>"Нет, это не означает этого. Во всех палатах этого отделения есть запасы кислорода. В больнице есть центральная система распределения кислорода, и если пациенту нужен кислород, мы можем быстро его подать. Именно поэтому Вы были обеспокоены?"</i> Пациент: <i>"Нет, мне просто любопытно".</i> Медсестра: <i>"В этой ситуации у Вас есть еще какие-нибудь проблемы, которые Вас беспокоят?"</i> Пациент: <i>"Да".</i> – предпочтительнее сигнализировать о приближении конца интервью. Например, <i>"У меня есть еще два вопроса".</i> или <i>"Мы закончим через две минуты".</i> <u>в. заключение интервью:</u> – В конце интервью медсестра подводит итоги беседы и благодарит пациента за сотрудничество Например: <i>"Спасибо, что ответили на эти вопросы". "Ваши ответы помогут мне спланировать Ваш уход".</i>
--	--

Типы собеседников

В зависимости от типа личности пациента, его возраста, уровня образования и культуры, социального происхождения и, наконец, предыдущих контактов пациента с медицинским персоналом, мы можем описать три типа собеседников:

1. Первая категория – это пациенты, которых нужно заставить говорить с нами с помощью повторяющихся и точно сформулированных вопросов (интроверты, застенчивые люди или те, кому не хватает способности или желания вести диалог);
2. Вторая категория – это те, которым мы должны позволить говорить, поскольку они дают нам основные факты, которые нам

нужно знать, правильно и быстро;

3. Третья категория – это те, кого мы вынуждены вежливо останавливать, потому что они отклоняются от сути заданных вопросов и не дают нам нужной информации.

Вопросы для интервью обычно соответствуют структуре типа базы данных, в которую будет занесена информация о пациенте. Обсуждение может идти по разделам этих медицинских документов, к которым добавляются данные о психосоциальном и культурном профиле пациента.

Профиль пациента составляется на основе информации, полученной в ходе интервью, и включает следующие основные элементы:

Информация Общие сведения	– имя, фамилия – пол – семейное положение – профессия – вероисповедание – средства содержания
История болезни	– детские болезни, прививки, травмы; – госпитализации (опыт пациента о предыдущих госпитализациях); – хирургические вмешательства; – аллергия - лекарственная, пищевая; – использование эмпирических методов лечения.
Семейное положение	– хронические заболевания, психические заболевания членов семьи
Образ жизни, привычки	– употребление алкоголя, табака, наркотиков; – рабочие привычки, сон, питание; – физические упражнения.
Текущие проблемы со здоровьем	Начало симптомов: – их природа; – характеристики (локализация, продолжительность, интенсивность и т.д.); – триггеры (холод, сырость, физическая нагрузка и т.д.); – меры, принятые для их смягчения, и их эффект; – грамотность в вопросах здоровья.
Окружающая среда	– факторы риска (загрязняющие вещества, шум, вибрации);

	– физическая безопасность (соблюдение мер по охране труда);
Психосоциальный и культурный профиль	– язык, на котором говорят, этническая принадлежность; – когнитивные способности; – эмоции, чувства, душевные состояния, которые могут повлиять на удовлетворение потребностей; – проблемы, возникающие в связи с семьей, окружением.

Наблюдение

Определение: Наблюдение подразумевает особую интеллектуальную способность медсестры непосредственно воспринимать информацию о пациенте с помощью собственных органов чувств во время опроса и физического обследования на аппаратах и системах.

Наблюдение остается основным, базовым элементом, который ассистент использует на протяжении всего занятия, и представляет собой активный, непрерывный психический процесс. Оно основано на субъективности наблюдателя, что делает его очень "хрупким". Наблюдение фильтруется через наше восприятие, сенсорные и эмоциональные механизмы. Восприятие - это избирательный процесс, который заставляет нас видеть то, что мы научились видеть, и то, что можно увидеть. Поэтому мы должны сосредоточиться на уменьшении субъективности (посредством интеллектуальных усилий).

Вовлекая органы чувств в свою работу с пациентом, медсестра использует органы зрения, слуха, осязания и обоняния.

Зрение (видение): предоставляет нам огромное количество информации о физических характеристиках человека (физиономия, внешность, поведение и т.д.). Оно также информирует нас об определенных признаках и симптомах, которые указывают на неудовлетворенные потребности, проблемы со здоровьем:

- выражение лица: грустное или расстроенное лицо;
- возбуждение или уныние;
- цвет кожи и слизистых оболочек, сыпь, желтуха и т.д., возможные деформации или недостатки различных аппаратов и систем, протезов и т.д.

Слух. С помощью чувства слуха мы получаем информацию либо напрямую (непосредственно), либо инструментально, с помощью стетоскопа (аускультация):

- Определение вербальных реакций пациента, общение с пациентом, интонация голоса, стоны, хныканье, жалобы;
- Выявление определенных патологических данных, указывающих на определенное медицинское страдание (шумы, издаваемые пациентом, сердцебиение, газы, дисфония, невнятная речь, хрипы и т.д.).

Тактильные ощущения. Осязание: играет важную роль при физическом обследовании или пальпации определенных частей тела, позволяя нам распознавать детали (вдавленность, толщина образования, теплота конечностей и т.д.).

Запах позволяет:

- обнаружить запах, соответствующий степени чистоты пациента;
- патологические процессы (например, инфицирование раны, из которой исходит неприятный запах);
- Халена - фекальный запах изо рта (абсцесс легких), ураемическая или ацетонемическая халена (у диабетика).

Проведение физического обследования также предполагает использование специальных медицинских инструментов: рулетки, весов, термометра, стетоскопа, различных приборов для мониторинга.

Использование наблюдения

Чтобы наблюдение было эффективным, оно должно проводиться с большой осторожностью, медсестра должна развивать свои навыки наблюдения, она должна, насколько это возможно, не обращать внимания на свои собственные заботы и сосредоточиться на пациенте и его окружении.

Концептуальная схема фундаментальных потребностей представляет собой сетку для системного и практического наблюдения. Эта сетка с 14 потребностями пациента с био-психо-социальной, культурной и духовной точек зрения позволяет наблюдать пациента как единое целое - т.е. иметь целостный взгляд на человека. Она также предполагает выявление источников трудностей, которые являются

причиной зависимости пациента.

Обследование по аппаратам и системам показывает:

- ✓ Общее состояние - хорошее, удовлетворительное, ухудшенное, измененное, посредственное, серьезное;
- ✓ Температура - гипотермия, лихорадка, афебрильная, субфебрильная;
- ✓ Кожа - внешний вид, эластичность, сыпь, повреждения; слизистые оболочки (внешний вид, сочащиеся раны, увлажнение, повреждения);
- ✓ подкожная клетчатка - жировая ткань, отек;
- ✓ Лимфо-ганглионарная система - осмотр, пальпация;
- ✓ Костная система - целостность, подвижность, осмотр повреждений;
- ✓ Мышечная система - трофика, мышечный тонус, сила мышц;
- ✓ Дыхательная система - форма грудной клетки, кашель, дыхательные движения пациента, РЧА (Радиочастотная абляция), аномальные дыхательные звуки, признаки дыхательной недостаточности;
- ✓ Сердечно-сосудистая система – ЧСС (Частота сердечных сокращений), АД (Артериальное давление), сердечный ритм, признаки право/левосторонней сердечной недостаточности;
- ✓ Пищеварительная система - внешний вид живота, подвижность, эластичность, боль, рвота, запор, диарея, прекращение опорожнения кишечника;
- ✓ Мочеполовая система - диурез, появление мочи, боль, ритмичность мочеиспускания;
- ✓ Центральная нервная система и органы чувств: сознание, временно-пространственная ориентация, различные жалобы и нарушения, протезы.

Полученные данные о пациенте заносятся в карту наблюдения за пациентом.

Цель использования полученных и записанных данных – определить обстоятельства начала заболевания, а также проявления зависимости (признаки, симптомы), которые имели место в состоянии здоровья пациента. Выявив проявления зависимости, мы сможем сформулировать и расставить приоритеты в проблемах ухода за

оцениваемым пациентом, проанализировать степень независимости или зависимости пациента в удовлетворении своих потребностей.

Nota Bene! Вещи, которых следует избегать на этапе объективного исследования или сбора данных:

- субъективизм;
- предвзятые суждения;
- рутинность и поверхностность;
- отсутствие концентрации и непрерывности в наблюдении.

2. Анализ данных и выявление проблем ухода

Полученные данные анализируются с точки зрения степени удовлетворения и реализации основных потребностей оцениваемого пациента. Цель анализа и интерпретации данных - сформулировать диагноз и план ухода.

Сестринский диагноз (N.D.) имеет ряд преимуществ для пациента и медсестры. К ним относятся:

а) для пациента:

- индивидуальный уход;
- конкретный выбор вмешательств;
- установление критериев для анализа полученных результатов.

б) для медсестры:

- более эффективное общение между ней и пациентом;
- общение с другими членами команды медицинских работников;
- непрерывность и планирование деятельности с целью обеспечения качества работы команды.

Компонентами сестринского диагноза являются:

П – актуальные и потенциальные проблемы со здоровьем.

Важно, чтобы выявление потенциальных проблем касалось каждого человека, поэтому сбор данных должен быть индивидуализирован.

Е – причина (этиология) – это выявление экологических, социальных, духовных, психологических, физиологических факторов. Проблема может быть связана с множеством этиологических факторов, но порождена одной проблемой; например, аритмия (проблема) может быть вызвана – болью в животе или недостатком сна или

отдыха; тревога (проблема) может быть также вызвана финансовыми заботами или постоянным шумом, стрессом.

План ухода – после определения проблем пациента, следует этиология (причина этой проблемы) – но этиология не означает использование медицинского диагноза в качестве причины сестринского диагноза (N.D.) Например, припадки (проблема) могут быть вызваны эпилепсией – в этом случае они не имеют N.D. В случае с эпилепсией – N.D. должен быть – как потенциальная проблема – "возможная травма" или "беспокойство" при припадках - и тогда медсестра решит, что делать, чтобы предотвратить эти проблемы.

С – существующие **признаки и симптомы** – это те, которые отражают наличие наблюдаемых признаков определенного состояния здоровья. Также проводится оценка прогресса. Если эти признаки и симптомы остаются неизменными, требуется оценка стратегий.

В настоящее время международным консенсусом приняты **четыре категории диагнозов по уходу:**

1. **текущий диагноз;**
2. **диагноз высокого риска** возникновения проблем с уходом;
3. **возможный диагноз;**
4. **диагноз хорошего самочувствия;**

Например: в рамках мобильности медсестра стремится мобилизовать своего пациента после аппендэктомии, в послеоперационном уходе, без посторонней помощи в течение первых 24 часов, до туалета, но пациент не может самостоятельно мобилизоваться до стола в палате – у него "кружится голова" – поэтому для достижения предложенной цели требуется несколько часов.

Сестринский диагноз = проблема ПЕС (PES)

Пр. Послеоперационный пациент - мастэктомия.

П (P) = неприятие измененного образа тела

Е (E) = нет груди

С (S) = плачет, не общается, не хочет видеть мужа и семью.

Если проблемы определены, их нужно решить, поэтому необходимо найти наиболее подходящие возможные решения с помощью имеющихся у нас средств, переходя к третьему этапу - плану ухода.

3. Планирование ухода

Для такого планирования нам нужно поставить цели, которые будут достигнуты в два этапа:

- задачи, которые нужно решить;
- средства решения.

Цели направлены на решение существующих и выявление потенциальных проблем. Чтобы добиться этого, необходимо поставить цель для каждой существующей или потенциальной проблемы. Цели должны быть реалистичными. Например, если проблема – пирексия, цель - привести температуру тела к норме; или если проблема - сухость во рту с отложениями, цель - туалет и поддержание полости рта.

Цели сосредоточены на пациенте в трех аспектах – **биофизиологическом**, когда будут наблюдаться изменения в физическом и физиологическом состоянии пациентов и отслеживаться поведение пациента: двигательное, когнитивное - **психологическом**, будет отслеживаться аффективное поведение (эмоции, чувства, мотивации) - **социокультурном**, когда будут отслеживаться межличностные и религиозные отношения.

Прежде чем ставить цели, проверяются ресурсы - оборудование, персонал, физическая среда и другие вспомогательные услуги. После изучения имеющихся ресурсов устанавливаются цели действий, которые должны быть согласованы обеими участвующими сторонами (медсестрой/командой по уходу и пациентом/семьей). Цели определяются по срокам, и у нас есть:

- Краткосрочные цели: включают в себя срочные действия, которые должны быть реализованы немедленно;
- Средне- и долгосрочные цели: они включают в себя продолжительные действия, направленные на предотвращение осложнений, восстановление здоровья/компенсации пациента и медицинское просвещение пациента и его/ее семьи.

Насколько это возможно, цель должна отвечать на пять вопросов:

1. Кто выполняет действия?
2. Что делает пациент, что можно сделать для него?
3. Как осуществляется действие?

4. Когда будет реализована цель?
5. В какой степени были достигнуты желаемые результаты?

Исходя из этих вопросов, мы определяем характеристики целей:

1. СПЕЦИФИЧНОСТЬ – кто должен выполнить действие?
2. РЕАЛИЗМ – в какой степени (какой результат мы получим)?
3. УЧАСТИЕ – как (средства реализации)?
4. ОБСЛУЖИВАНИЕ – когда (время)?
5. ПРОГРЕСС – что должен делать (ожидаемые изменения)?

Таким образом, конечная цель всего ухода сводится к концепции "помочь пациенту помочь себе самому". Поставленные цели будут реализованы благодаря вмешательству в установленные сроки.

4. Вмешательства

Их можно определить как запланированный набор действий, которые должны быть выполнены для достижения поставленной цели, чтобы решить проблему ухода за пациентом. Вмешательства могут быть:

– *независимые* (автономные) – специфические для медсестры: обеспечение/помощь в гигиене пациента, обеспечение/помощь в дыхательной функции, выведении, приеме жидкости и пищи, обеспечение физического и психологического комфорта пациента, внешних условий окружающей среды; санитарное просвещение пациента и его/ее семьи.

– *зависимые* - делегированные - по медицинским показаниям - выполнение медицинских предписаний: анализов, процедур, лекарств, лечения; делегирование собственных обязанностей другим членам команды по уходу.

– *Взаимозависимые* - в сотрудничестве с другими членами команды по уходу или с другими дисциплинами: сигнализирует о возможных осложнениях; сигнализирует о проблемах сотрудничества.

Применяемые меры зависят от степени зависимости пациента:

- независимый и самостоятельный человек - действия по поддержанию здоровья;
- человек с умеренной зависимостью - частичная помощь;

- человек с серьезной зависимостью - постоянная помощь;
- человек с полной зависимостью - полная заменяемость.

5. Оценка

Она является постоянной и представляет собой точную реакцию на прогресс - или отсутствие прогресса - пациента в достижении предложенной цели, что иногда приводит к изменению плана ухода путем пересмотра всех этапов. Если предложенные цели были достигнуты за более короткий срок, мы можем скорректировать план, или, если в состоянии пациента произошли изменения, мы добавляем новые цели в соответствии с новыми потребностями, которые возникли. Таким образом, план ухода цикличен, но постоянно обновляется.

Постоянная оценка приводит к ряду наблюдений, которые будут записаны в виде заметок о прогрессе пациента в рамках предоставляемого ухода.

Эти заметки должны быть датированы, содержать четкую, краткую, упорядоченную формулировку наблюдений по каждой проблеме/диагнозу в списке проблем ухода. Порядок этих записей может быть структурирован в соответствии с формулой "SOAPIE где:

S = симптомы – субъективные данные, сообщаемые пациентом;

O = объективные данные – признаки, наблюдаемые квалифицированным персоналом;

A = оценка данных – заключение медсестры о значимости субъективных и объективных данных, зафиксированных в ходе работы с пациентом;

P = немедленный или долгосрочный план действий, инициированный для решения заявленной ситуации;

I = вмешательство, выполняемое над/за пациентом, за которым ухаживают;

E = оценка развития пациента в условиях проводимых мероприятий по уходу.

Оценка бывает двух типов:

- **Формативная** – относится к плану ухода;
- **Суммирующая** – оценка описывает прогресс - или отсутствие прогресса - пациента по отношению к цели или задаче.

Преимущества плана ухода:

- определяет специфические проблемы пациента;
- помогает ставить реальные цели;
- обеспечивает целостный подход к человеку;
- обеспечивает создание индивидуальных вмешательств;
- устраняет реакции ухаживающих на болезнь;
- обеспечивает систематический уход и исключает реакцию
- способствует развитию гибкости и независимого мышления;
- облегчает общение, информирование и непрерывность всех действий в приходе или сообществе;
- подчеркивает уникальную роль медсестры;
- обеспечивает удовлетворенность медсестры.

Оценка результатов ухода позволяет оценить следующие аспекты:

- оценка уместности и эффективности ухода;
- выявление любых проблем, которые могут возникнуть у службы при предоставлении качественного ухода;
- оценка экономической эффективности ухода, предоставляемого в данной службе, органами/комиссиями по финансово-экономическому контролю;
- предоставление данных для научных исследований, преподавания или исследовательской деятельности в области сестринского дела;
- предоставление возможности менеджерам проанализировать и переосмыслить стратегии развития/оптимизации сестринских услуг;
- составление медико-юридических документов о проведенном уходе и развитии пациента.

7. ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

7.1 Дыхание и хорошее кровообращение

Автор: Людмила Постика

"Правильное дыхание так же необходимо, как и еда"

Старая индуистская пословица

Определение
Дыхание – это потребность человека получать кислород из окружающей среды, который необходим для окислительных процессов в организме, и удалять углекислый газ, образующийся в результате сгорания клеток организма.

1. Независимость в удовлетворении потребности дышать

Она определяется поддержанием целостности дыхательных путей и дыхательных мышц, их эффективным функционированием.

Стадии дыхания:

- а) *Вентиляция* – это поступление в легкие воздуха, насыщенного кислородом, и удаление из них воздуха, насыщенного углекислым газом. Вентиляция происходит в два этапа: вдох и выдох. На нее влияют:
- проницаемость дыхательных путей;
 - концентрация кислорода в воздухе, которым Вы дышите;
 - зрелость бульбарного дыхательного центра;
 - расширение грудной клетки;
 - нормальное функционирование центров, регулирующих дыхание.
- б) *Диффузия газов* процесс, при котором кислород из легочных альвеол переходит в периальвеоларные капилляры, а CO_2 из капилляров - в легочные альвеолы. На него влияют:
- разность давления O_2 в альвеолярном воздухе и концентрации O_2 в крови;
 - состояние альвеолярной стенки;
 - размер альвеолярной поверхности.

- в) *Циркуляторная фаза* – состоит из доставки O_2 по артериальным сосудам к тканям и CO_2 , доставляемого из тканей по венозным сосудам в легкие для выведения. На нее влияют:
- количество гемоглобина в Вашей крови;
 - сердечный выброс;
 - количество эритроцитов в крови;
 - проницаемость периферической артериальной сети.
- г) *Тканевая фаза* – обмен газами между кровью и тканями, с помощью сложной ферментной системы.

Медсестра следит за вентиляционной стадией дыхания.

Биологические факторы, влияющие на потребность дышать:

- *Возраст* – дети делают больше вдохов в минуту, чем взрослые.
- *Пол* – у женщин показатели частоты дыхания находятся на максимальной границе нормы, у мужчин - на минимальной.
- *Рост* – низкорослые люди делают больше вдохов в минуту, чем высокие.
- *Сон* – во время сна частота дыхания ниже, чем во время бодрствования.
- *Осанка* – правильное положение грудной клетки позволяет легким расширяться во время дыхания. Здоровый человек может дышать ортостатически, сидя и лежа. Позиция, благоприятствующая дыханию, - сидя и ортостатическая.
- *Питание* – влияет на поддержание влажности дыхательных путей и, благодаря потреблению глюкозы, способствует хорошей работе диафрагмы и других дыхательных мышц.
- *Упражнения* – влияют на частоту дыхания – нетренированные люди проявляют признаки усталости при меньшей нагрузке, чем тренированные.
- *Эмоции* – влияют на частоту и амплитуду дыхания. Так же как и плач, смех.
- *Окружающая среда* - достаточное содержание кислорода (21%) в атмосферном воздухе благоприятствует дыханию; загрязненная среда, насыщенная микробами и химическими частицами, негативно влияет на дыхание; влажность вдыхаемого воздуха 50-60% создает комфортные условия.

- *Климат* – влияет на частоту дыхания; жара – увеличивает частоту, холод – уменьшает; ветер – нарушает дыхание; высота над уровнем моря – увеличивает частоту за счет разрежения воздуха.
- *Рабочее место* – из-за химического или микробного загрязнения – становится средой, неблагоприятной для хорошего дыхания.

Проявления независимости:

Частота дыхания	Представляет собой количество дыханий в минуту и зависит от возраста и пола. • новорожденный - 30-50 об/мин. • до двух лет - 25-35 об/мин. • с 12 лет - 15-25 р/мин. • взрослый - 16-18 об/мин. • пожилые - 15-25 об/мин
Амплитуда	Определяется объемом воздуха, который поступает в легкие и выходит из них при каждом вдохе. В этом отношении дыхание может быть глубоким или поверхностным.
Ритм	Одинаковые паузы между вдохами. Оно может быть ритмичным или аритмичным.
Дыхательные шумы	Дыхание обычно тихое; во сне оно может стать шумным (храп).
Симметрия дыхательных движений	Оба гемиторакса имеют одинаковые движения вверх и вниз во время вдоха и выдоха.
Тип дыхания	Существует три типа дыхания: – Верхнее костальное, встречается у женщин, поднимая верхнюю часть грудной клетки, из-за увеличения передне-заднего диаметра во время вдоха; – Нижнее костальное, встречающаяся у мужчин, увеличивает боковой диаметр грудной клетки; – Брюшное, распространенное у детей и пожилых людей, за счет увеличения вертикального диаметра грудной клетки.
Мукозит	Слизь в дыхательных путях влажная, выделения уменьшены, прозрачные, густые.
Кашель	Это принудительный выдох для удаления секретов из дыхательных путей; это защитное явление.

Вмешательства медсестры для поддержания независимости в удовлетворении потребности в дыхании:

- ✓ изучает навыки дыхания пациента

- ✓ обучает пациента:
 - выполнять дыхательные упражнения;
 - упражнения для ходьбы, упражнения на расслабление;
 - принимать соответствующее положение, благоприятствующие дыханию;
 - отказаться от вредных привычек (тесная одежда, курение, тяжелая пища).

II. Зависимость в удовлетворении потребностей

При удовлетворении этой потребности возникают следующие проблемы:

1. изменение голоса;
2. одышка;
3. обструкция дыхательных путей.

Источники затруднений, вызывающие неудовлетворенную потребность в дыхании:

Физические источники	– изменения слизистой оболочки носа, глотки, бронхов, трахеи или паренхимы легких; курение; – обструкция дыхательных путей; ожирение; грудные повязки; нарушение водно-электролитного баланса; боль.
Психологические источники	– беспокойство; стресс; – кризисная ситуация.
Социологические источники	– загрязненный, влажный воздух - большая высота над уровнем моря.
Недостаток знаний	– самопознание – экологическая осведомленность; – знакомство с другими людьми.

Изменение голоса

Он может быть вызвано воспалительными процессами в верхних дыхательных путях – носу, глотке, гортани - и аллергенами в окружающей среде.

Проявления зависимости:

Дисфония	– нарушение голосовой эмиссии, влияющее на высоту, интенсивность и тембр голоса. Это проявляется как охриплость, хрипота, тусклость, резкость.
Афония	– не в состоянии говорить.
Чувство удушья	– нехватка воздуха.

Одышка

Она проявляется в виде затрудненного дыхания. Оно вызывается многими причинами, чаще всего заболеваниями сердца и легких, а также верхних дыхательных путей. Воздух поступает в легкие с трудом, что приводит к плохому насыщению тканей кислородом и накоплению CO₂ в крови. Пациент испытывает беспокойство.

Проявления зависимости:

Ортопноэ	– Вынужденное положение, когда руки свисают по бокам тела, а пациент сидит (положение, способствующее дыханию)
Апноэ	– остановка дыхания
Бредипноэ	– снижение частоты дыхания
Тахипноэ	– увеличение частоты дыхания
Модифицированная амплитуда	– поверхностное или глубокое дыхание
Гипервентиляция	– большое количество воздуха, поступающего в легкие
Гиповентиляция	– небольшое количество воздуха, поступающего в легкие
Кашель	– форсированное дыхание, которое позволяет верхним дыхательным путям очиститься от скопившихся выделений
Гемоптит	– кровотечение через ротовую полость из дыхательных путей - легких
Слизь (мокрота)	– смесь выделений из трахео-бронхиального дерева, состоящая из слизи, гноя, крови, клеток крови, десквамированных клеток

Обструкция дыхательных путей

Она может быть вызвана воспалительными процессами дыхательных путей, а также наличием инородных тел, случайно попавших в дыхательные пути - особенно у детей - а также деформациями носа.

Проявления зависимости

Затрудненное дыхание через нос	– пациент дышит через рот
Обильные выделения из носа	– слизистые выделения, гнойные или кровянистые, затрудняющие дыхание
Эпистаксис	– кровь из носа
Деформации носа	– искривленная перегородка, травма
Чихание	– принудительное истечение воздуха
Назальная аспирация	– шмыганье носом
Кашель	– характеризуется постоянным сухим или влажным кашлем
Сопение	– свистящий вдох, слышимый на расстоянии
Респираторная тяга	– инспираторная депрессия мягких частей грудной клетки - надгрудинной, эпигастральной, межреберной

Вмешательство медсестры в работу пациента с нарушением дыхания

ЦЕЛЬ	автономные и делегированные вмешательства
Пациент может свободно дышать через нос	<i>в носу:</i> – удаляет носовые выделения; – увлажняет воздух в комнате; – обеспечивает круглосуточное потребление жидкости.
Пациент не должен стать источником инфекции	– учит пациента пользоваться индивидуальными одноразовыми носовыми платками; – учит пациента избегать выделений из носа.
Остановка эпистаксиса	– располагает пациента таким образом, чтобы голова находилась в положении переднего сгибания примерно на 15°; – сжимает носовую перегородку с помощью полиспаста, который кровоточит в течение 10-15 минут; – прикладывает холодные компрессы ко лбу, носу или задней части шеи; – советует пациенту не сморкаться.

У пациента влажная и неповрежденная слизистая оболочка дыхательных путей	<i>в глотке и гортани:</i> – увлажняет воздух в комнате; – рекомендует абсолютный вокальный покой; – отдаёт предпочтение невербальным способам общения.
Пациент глотает без затруднений	– перестаёт давать твердую пищу; – полоскает горло антисептическими растворами; – кормит пациента теплыми жидкостями.
Пациент должен быть психически уравновешенным	– мысленно подготавливает пациента к применению техник ухода и аспирации бронхиального секрета.
У пациента должны быть повышенная устойчивость к инфекциям	– учит пациента избегать резких перепадов температуры, а также скопления людей; – рекомендует вакцинацию.
У пациента проходимые дыхательные пути и хорошее дыхание	<i>в легких и бронхах:</i> – учит пациента кашлять, отхаркивать и собирать мокроту; – увлажняет воздух в комнате спиртованной водой; – при необходимости аспирирует бронхиальный секрет; – учит пациента выполнять дыхательные упражнения; – обеспечивает сидячее или полусидячее положение для пациентов с одышкой; – учит пациента отказаться от вредных привычек (курение); – назначает лечение: противокашлевые, отхаркивающие, бронхолитические, трахеобронхиальные деконгестанты.
Пациент должен быть психически уравновешенным	– обеспечивает безболезненное положение; – учит пациента использовать техники релаксации; – мысленно подготавливает пациента к любой технике, которую ему предстоит пройти (пункции, рентгенологические или эндоскопические исследования).

Необходимость хорошего кровообращения

"У каждого человека есть возраст его артерий"
(Казали)

Определение

Кровообращение – это функция движения крови по кровеносным сосудам для транспортировки питательных веществ и кислорода к тканям, а также для переноса продуктов катаболизма из тканей к выделительным органам.

Важную роль играют кровь и лимфа, содержащиеся в круговой системе и сердце, которое анатомически и функционально целостно. Медсестра следит за кровообращением, контролируя пульс и артериальное давление.

1. Независимость в обеспечении кровообращения

а) ПУЛЬС – это ритмичное расширение артерий, которые сжимаются на костной плоскости синхронно с систолой желудочков. Пульс возникает из-за конфликта между кровью, находящейся в артериальной системе, и кровью, выталкиваемой во время систолы. Этот конфликт устраняется ритмичным расслаблением артерии.

Факторы, влияющие на пульс:

Биологические факторы	– <i>Возраст</i> – у маленьких детей частота пульса выше, чем у взрослых; также у пожилых людей; – <i>Рост тела</i> – у невысоких людей пульс выше, чем у высоких; – <i>Сон</i> – частота пульса во время сна ниже; – <i>Питание</i> – во время пищеварения частота пульса увеличивается; – <i>Физические нагрузки</i> – вызывают увеличение частоты пульса, которая снижается после прекращения упражнений.
Психологические факторы	Частоту пульса увеличивает под воздействием таких факторов, как: – эмоции; – плач; – ярость.
Социальные факторы	– <i>Окружающая среда</i> через концентрацию кислорода во вдыхаемом воздухе влияет на частоту пульса.

Проявления независимости

Частота спирограммы	Количество ударов в минуту: – новорожденный 130-140 импульсов в минуту; – у маленьких детей 100-120 уд/мин; – в 10 лет 90-100 уд/мин; – 60-90 ударов в минуту у взрослых; – пожилого возраста более 80-90 ударов в минуту; а) анакротический; б) катакротический; с) дикротический перегиб.
Ритм	– паузы между пульсациями одинаковы, пульс ритмичен.
Амплитуда (Объем)	– определяется количеством крови в сосудах; – тем выше, чем ближе сосуды расположены к сердцу; – в симметричных артериях пульсовой объем одинаков.
Напряжение импульс	– определяется силой, необходимой для сжатия артерии так, чтобы пульсирующая волна исчезла.
Скорость	– это скорость нарастания и спада импульсной волны.
Окраска кожи	– розовый цвет кожи, включая конечности; – кожа теплая.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ – это давление, оказываемое циркулирующей кровью на стенки артерий. Факторы, определяющие артериальное давление:

- сердечный выброс;
- сильно сжатия сердца;
- эластичность и калибр сосудов;
- вязкость крови.

Напряжение уменьшается от центра к периферии.

Факторы, влияющие на артериальное давление:

1. Биологические факторы:

– *Возраст* – артериальное давление ниже у детей и повышается с возрастом; оно стабилизируется у взрослых; немного повышается у пожилых людей;

– *Сон* – артериальное давление во время сна ниже, чем во время бодрствования;

– *Дневная активность* приводит к повышению артериального давления; физические нагрузки также вызывают повышение артериального давления, которое возвращается к исходным значениям после прекращения упражнений.

2. Психологические факторы:

- *Эмоции*, радость, беспокойство повышают артериальное давление

3. Социологические факторы

- *Климат*: холод вызывает сужение сосудов и, следовательно, повышает артериальное давление, в то время как тепло вызывает расширение сосудов и, следовательно, понижает артериальное давление.

Максимальное напряжение достигается во время систолы желудочков, минимальное – во время диастолы.

Нормальные значения АД в зависимости от возраста

Возраст	ТА макс.	ТА мин
1-3 года	75-90	50-60 мм рт.ст.
4-11 лет	90-110	60-65 мм рт.ст.
12-15 лет	100-120	60-75 мм рт.ст.
взрослый	115-140	75-90 мм рт.ст.
пожилые люди	более 150	более 90 мм рт.ст.

Вмешательства медсестры для поддержания независимого кровообращения

Обучает пациента:

- обеспечивать гигиенические условия в помещении (вентиляция);
- сохранять кожу чистой и неповрежденной;
- сбалансированно питаться, без избытка жиров, хлорида натрия;
- избегать курения, чрезмерного употребления алкоголя;
- избегать малоподвижного образа жизни;
- носить легкую одежду, не сковывающую движений.

Зависимость в удовлетворении потребностей – Неадекватное кровообращение

Проявления зависимости:

Измененные ткани	– Холодные, бледные, из-за недостаточного орошения кожи; – Цианотичные – пурпурное окрашивание ногтей, губ;
Изменение частоты пульса	– Тахикардия = повышенная частота пульса; – Брадикардия = замедленный сердечный ритм;

Изменения пульсового объема	– Нитевидный пульс, очень слабый по громкости, едва ощутимый; – Асимметричный пульс - различный объем пульса в симметричных артериях;
Изменения частоты пульса	– Аритмичный пульс = неравномерные паузы между ударами; – Дихотический импульс = два импульса, один сильный и один слабый, за которыми следует пауза;
Изменения артериального давления	– Гипертония = высокое кровяное давление, превышающее норму; – Гипотония = снижение артериального давления ниже нормы; – Дифференциальные изменения АД = максимальные и минимальные изменения АД не параллельны; – Различные АД в симметричных сегментах (левая рука, правая рука).
Гипоксемия Гипоксия	– Снижение содержания кислорода в крови; – Уменьшение поступления кислорода к тканям.

Вмешательства медсестры у пациента с недостаточным кровообращением

ЦЕЛИ	АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
У пациента адекватное кровообращение	– обучает пациента: • Прекратить употреблять табак, алкоголь; • Придерживаться диеты, богатой фруктами и овощами; • Сократить количество жира и хлорида натрия в рационе; – Принимать назначенные лекарства: сердечные тонизирующие, антиаритмические, диуретики, вазодилататоры, гипотензивные, антиангинальные, антикоагулянты; – Отслеживать действие лекарств; – Применять техники, способствующие улучшению кровообращения: активные и пассивные упражнения, массаж.
Пациент должен быть психически уравновешенным	– Сообщать пациенту о стадии его заболевания, степени усилий, которые он может приложить, и важности продолжения приема лекарств.

7.2 Необходимость в пище и жидкости

Автор: *Луминица Сувейка*

Каждому организму необходимо проглатывать и усваивать качественную пищу в достаточном количестве, чтобы обеспечить свое развитие, поддержание тканей и сохранение энергии, необходимой для нормального функционирования.

Цель потребности в питании такова:

- Обеспечить потребление витаминов и минералов;
- Обеспечить основные энергетические потребности организма для роста восстановления;
- Обеспечить организм необходимыми питательными веществами (терапевтическими);
- профилактика хронических неинфекционных заболеваний.

Чтобы оставаться здоровым, человеку необходимо достаточное количество пищи, содержащей необходимые для жизни питательные вещества. Количество и характер питательной пищи зависит от: пола, возраста, веса, роста, активности, состояния здоровья или болезни.

Адекватная диета должна содержать все факторы, необходимые для поддержания жизни и обеспечения всех функций организма в нормальных условиях: углеводы, белки, липиды, витамины, воду, минералы.

Белки, жиры и углеводы

Белки, жиры и углеводы, включая клетчатку, являются необходимыми питательными веществами для растущего организма, в том числе и для развивающегося подростка.

Белки состоят из аминокислот, которые являются строительными блоками организма. Они необходимы для построения и восстановления тканей, особенно мышц, костей, кожи, внутренних органов и иммунной системы. В подростковом возрасте, когда рост ускоряется, достаточное потребление белка крайне важно для поддержания гармоничного развития организма, а также для поддержания правильного баланса гормонов. Белок также участвует в выработке ферментов и антител. К рекомендуемым источникам белка относятся:

нежирное мясо, рыба, яйца, молочные продукты, бобовые и орехи. Рекомендуемое количество белка зависит от возраста, пола, уровня активности и других индивидуальных факторов, но в целом, рекомендуется потреблять около 0,8-1 грамма на килограмм массы тела.

Белки – это пластичные материалы организма, заменяющие вещества, разрушенные в результате физиологического или патологического истощения. В то же время, они являются важным источником энергии и сырьем для ферментов и гормонов. **Потребность: 1-1,5 г/кг тела/24 ч.**

Недостаточное длительное потребление белковых веществ приводит к снижению уровня белка в плазме, разрушению печеночной паренхимы, анемии и, за счет снижения коллоидно-осмотического давления крови, задержке воды в организме, с образованием отеков. Повышенное количество белка показано при беременности и грудном вскармливании, ожогах, анемии, плевральных и абдоминальных выделениях, послеоперационном периоде. Пониженное количество показано при заболеваниях почек, лихорадочных заболеваниях.

Жиры (липиды) – это концентрированный источник энергии, который обеспечивает незаменимыми жирными кислотами, участвующими в развитии нервной системы и мозга. Они участвуют в: усвоении жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К); выработке гормонов; обеспечении теплоизоляции и защите жизненно важных органов (сердца, легких, мозга и кожи). Важно избегать насыщенных и трансжиров и выбирать здоровые источники липидов, такие как ненасыщенные, моно- и полиненасыщенные жиры. Ненасыщенные жиры содержатся в растительных маслах, авокадо, рыбе, орехах и семечках. Омега-3, содержащиеся в жирной рыбе, такой как лосось, полезны для когнитивного развития и снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Подростки должны получать около 25-35% всех своих ежедневных калорий из источников здоровых жиров.

Липиды обладают высокой калорийностью, а продукты на их основе – высокими энергетическими качествами при небольшом объеме. Помимо энергетической роли, липиды также входят в состав нервной ткани и стромы эритроцитов, а в хранимой форме они являются

энергетическим запасом организма и поддерживающей тканью для внутренних органов. **Потребность составляет 1-2 г/кг тела/24 ч.**

Углеводы (карбогидраты) - это основной источник энергии для организма. Углеводы - важный источник глюкозы для мозга, которая является его основным топливом. Подросткам, особенно физически активным, необходимо достаточное количество углеводов для поддержания энергетических потребностей. Рекомендуется выбирать сложные углеводы, такие как цельнозерновые крупы, овощи и фрукты, поскольку они постепенно высвобождают глюкозу в кровь и обеспечивают стабильный приток энергии. Они обеспечивают глюкозу, необходимую для питания мозга, мышц и других тканей. Сложные углеводы также являются важным источником клетчатки, которая помогает поддерживать здоровье пищеварительного тракта, регулировать уровень сахара в крови и поддерживать чувство сытости.

Пищевые волокна (тип неперевариваемых углеводов) важны для поддержания здоровья пищеварительной системы, предотвращения запоров и регулирования уровня сахара в крови. Они также помогают поддерживать чувство сытости, что может быть полезно для поддержания здорового веса тела. Диетическая клетчатка содержится в таких продуктах, как фрукты, овощи, цельнозерновые, бобовые и семена. Ежедневно следует употреблять около 25-30 грамм пищевых волокон. Чтобы удовлетворить свои потребности в витаминах, минералах и антиоксидантах, подросткам необходимо питаться сбалансированной и здоровой пищей, богатой фруктами, овощами, цельнозерновыми продуктами, нежирным мясом и молочными продуктами.

Углеводы (карбогидраты) – это основной источник энергии для организма. Их переваривание и усвоение не предъявляют слишком высоких требований к организму, поэтому рекомендуется, чтобы 50% потребности организма в калориях обеспечивалось углеводами, если нет противопоказаний к их приему (сахарный диабет, ожирение). У детей потребление углеводов должно быть увеличено при лихорадочных заболеваниях, кахексии, недоедании, заболеваниях печени и почек. **Потребность: 4-6 г/кг тела/24 ч.**

Витамины, минералы, антиоксиданты

Витамины – это органические соединения, необходимые в небольших количествах для нормального функционирования организма. Они участвуют во множестве процессов, таких как метаболизм, иммунная система, производство энергии и функционирование нервной системы. Некоторые витамины, например, витамин С и витамин Е, также являются антиоксидантами, то есть они защищают клетки от окислительного стресса и повреждения свободными радикалами. **Витамины** необходимы для поддержания нормального обмена веществ в организме. Потребность в витаминах возрастает во время чрезмерной клеточной активности (большинство болезней).

Витамины можно разделить на категории:

- **Водорастворимые витамины;**
- **Жирорастворимые витамины.**

Нормальная потребность в витаминах может достигать 150 мг витамина С; 25 мг витамина В, 6 мг витамина В6, 8 мг витамина РР и 20 мг витамина К, которые обеспечиваются за счет употребления фруктов, овощей, салатов, фруктовых соков.

Витамин А необходим для зрения, кожи и иммунного здоровья. Чтобы обеспечить достаточное потребление витамина А, людям следует есть такие продукты, как морковь, сладкий картофель, шпинат и манго.

Комплекс витаминов группы В, включающий В1, В2, В3, В6 и В12, играет важнейшую роль в энергетическом обмене, работе нервной системы и производстве красных кровяных телец (эритроцитов). Хорошими источниками витаминов группы В являются: цельнозерновые продукты, бобовые, орехи и семечки.

Витамин С обладает мощными антиоксидантными свойствами и помогает укрепить иммунную систему. Цитрусовые, клубника, киви и чили - отличные источники витамина С.

Витамин D необходим для здоровья костей и зубов, а также для усвоения кальция. Основной способ получения витамина D – солнечное облучение, но такие продукты, как обогащенные молочные продукты и жирная рыба, также могут быть хорошими источниками.

Витамин Е обладает антиоксидантным действием и способствует здоровью кожи и кровеносной системы. Растительные масла, семена, орехи и шпинат - богатые источники витамина Е.

Витамин К необходим для свертывания крови и здоровья костей. Зеленые листовые овощи (шпинат) - хорошие источники витамина К.

Важно отметить, что потребности в минералах (минеральных солях) могут варьироваться в зависимости от пола, возраста, уровня физической активности и т.д. Поэтому всегда рекомендуется обратиться к врачу для индивидуальной оценки потребностей в питании и получения конкретных рекомендаций.

Вода и минеральные соли - все биохимические реакции в организме происходят в воде, а минеральные соли необходимы в качестве структурных и катализирующих веществ. Суточная потребность здорового организма в воде колеблется в пределах 2500-3000 мл, которая покрывается за счет поступающей в организм жидкости и сжигания углеводов и жиров. Наряду с потребностью в воде удовлетворяются и потребности в минеральных солях. За 24 часа здоровому организму требуется: 4 г Na; 3-4 г К; 2 г Са; 0,15 г Mg; 18 мг Fe; 6 г Cl.

Кальций - необходимый минерал для здоровых костей и зубов. В подростковом возрасте, когда кости быстро растут и развиваются, потребность в кальции возрастает. Достаточное потребление кальция на этом важном этапе может помочь построить крепкие кости, предотвращая такие связанные с костями проблемы, как остеопороз в дальнейшей жизни.

Магний участвует в более чем 300 ферментных реакциях в организме и играет важную роль в поддержании здоровья нервной и мышечной системы. Он также помогает поддерживать нормальный сердечный ритм и регулировать уровень глюкозы в крови. Достаточное потребление магния может помочь уменьшить стресс и поддержать здоровое настроение.

Натрий и калий - важнейшие электролиты, участвующие в водно-электролитном балансе организма. Они играют важнейшую роль в правильном функционировании нервной и мышечной

системы, в передаче нервных импульсов и в поддержании нормального кровяного давления. В подростковом возрасте, когда организм переживает бурный рост, потребность в натрии и калии может возрасти.

Железо необходимо для производства гемоглобина, который переносит кислород ко всем клеткам организма. В подростковом возрасте потребность в железе возрастает, особенно у девочек, в связи с менструальным циклом и быстрым ростом. Достаточное потребление железа важно для предотвращения анемии и усталости.

Цинк играет важнейшую роль в развитии и функционировании иммунной системы, а также в процессе заживления ран. Кроме того, этот минерал способствует нормальному половому развитию в подростковом возрасте и функционированию репродуктивной системы.

Антиоксиданты (витамин С, витамин Е, бета-каротин и селен) - это натуральные или синтетические химические вещества, которые защищают клетки организма от разрушительного воздействия свободных радикалов. Свободные радикалы - это нестабильные молекулы, которые могут образовываться в организме в результате нормальных метаболических процессов, а также в результате воздействия таких факторов окружающей среды, как табачный дым, загрязнение воздуха, радиация или неправильное питание. Эти свободные радикалы могут вызывать повреждение клеток и способствовать развитию болезней и старения. Антиоксиданты помогают нейтрализовать свободные радикалы и предотвратить повреждение клеток. Они также способствуют укреплению иммунной системы, предотвращая инфекции и заболевания (диабет, рак, болезни сердца и т.д.).

Подростковый возраст часто связан с дерматологическими проблемами, такими как акне, прыщи или раздражение кожи, и антиоксиданты могут помочь уменьшить воспаление и сохранить кожу здоровой.

К продуктам, богатым антиоксидантами, относятся свежие фрукты и овощи, орехи и семечки, цельнозерновые и бобовые.

Бета-каротин является предшественником витамина А и обладает мощными антиоксидантными свойствами. Он содержится в

оранжевых и темно-зеленых фруктах и овощах, таких как морковь, тыква, шпинат и капуста. Ликопин - это антиоксидант, который помогает защитить клетки от повреждения свободными радикалами. Помидоры, арбуз и розовый грейпфрут - богатые источники ликопина.

Селен - это незаменимый минерал, который действует как антиоксидант и поддерживает функционирование иммунной системы.

Вода - это универсальный растворитель для соединений в человеческом теле, необходимый для функционирования всех клеток, тканей, органов и для выведения из организма отработанных продуктов.

Процентное содержание воды в организме зависит от: возраста (организм младенцев содержит около 78% воды, а подростков и взрослых - около 60%); пола (у мужчин воды в организме больше, чем у женщин, поскольку у них больше мышечной массы); состава тела (люди с большим количеством жира содержат меньше воды по сравнению с людьми с большей мышечной массой).

Пить достаточное количество жидкости каждый день особенно важно для Вашего здоровья. Эта привычка поможет организму поддерживать водно-электролитный баланс и избавит его от токсинов и других нежелательных веществ. Вода - это универсальный растворитель соединений в человеческом организме, необходимый для функционирования всех клеток, тканей, органов и для выведения из организма продуктов жизнедеятельности. Процентное содержание воды в организме зависит от: возраста (тело младенцев содержит около 78% воды, а подростков и взрослых - около 60%); пола (у мужчин воды в организме больше, чем у женщин, поскольку у них больше мышечной массы); состава тела (тела людей с большей жировой массой содержат меньше воды, чем тела людей с большей мышечной массой). Каждый день в процессе дыхания, потоотделения, мочеиспускания и пищеварения человеческий организм теряет около 1,5 литров воды. Поэтому ежедневное потребление жидкости не должно быть ниже этой цифры.

Основные функции воды в организме включают:

- является "строительным" материалом каждой клетки;
- регулирует температуру тела с помощью потоотделения и дыхания;
- углеводы и белки, служащие пищей для организма, переносятся водой в кровоток, а затем в клетки;
- выводит отходы из организма через мочу;
- образуют слюну;
- смазывает суставы;
- защищает органы и ткани;
- нормализует кровяное давление;
- способствует пищеварению.

Продукты, которые увлажняют / обезвоживают

Около 20% потребляемой жидкости поступает с пищей, а остальные 80% - с водой и другими жидкостями. Таким образом, суточная потребность включает воду, потребляемую из пищи, напитков и отдельно (как таковую). Адекватное ежедневное потребление пищи и напитков в пределах порций обеспечит эффективную гидратацию организма. К продуктам и напиткам, которые гидратируют организм, относятся:

- питьевая вода или природная минеральная вода (негазированная или газированная);
- травяные чаи;
- молоко и кисломолочные напитки;
- супы, бульоны, смузи;
- фрукты, овощи, свежая зелень.

** **Примечание:** если супы содержат много соли, а смузи - сахара, они не способствуют увлажнению, а наоборот.*

** **Примечание:** "Чемпионами" по содержанию воды являются листья латука и шпината (96%), огурец (95%), кабачки и помидоры (94%), арбуз, цветная и кочанная капуста, брокколи и сладкий перец (92%), клубника (91%), персики (89%), апельсины и грейпфрут (88%).*

Содержание воды в различных категориях продуктов питания (%):

- 100% - вода;
- 90-99% - чай, кофе, обезжиренное молоко, зелень;
- 80-89% - соки, йогурт, яблоки, груши, апельсины, морковь, сочные фрукты;
- 70-79% - банан, авокадо, печеный картофель, сыр;
- 60-69% - рыба, мясо, мороженое, бобовые, готовые макароны;
- 30-39% - хлеб и выпечка;
- 1-9% - орехи, шоколад, злаки, печенье;
- 0% - сахар и масла.

Однако ряд продуктов и напитков следует отнести к противоположной категории, поскольку их употребление вызывает ускоренную потерю жидкости из организма. К ним относятся: кофе, зеленый и черный чай, алкоголь, соки и сладкие напитки.

Признаки обезвоживания

Обезвоживание определяется как ситуация, при которой организм теряет больше воды, чем принимает, поэтому ему не хватает жидкости для выполнения своих функций.

Цвет мочи или ощущение жажды - два показателя, по которым можно судить о том, насколько гидратирован Ваш организм. Если моча лимонадного цвета (бледно-желтая), организм достаточно гидратирован, а если моча цвета яблочного сока (концентрированная желтая), для гидратации рекомендуется выпить стакан воды.

Легкое чувство жажды указывает на то, что необходимо выпить стакан воды. Этот показатель не предназначен для пожилых людей, поскольку они не испытывают жажды и должны обеспечивать постоянное потребление жидкости в течение дня.

Признаки обезвоживания обычно появляются в зависимости от процента потерянной жидкости. Так, если потеря жидкости составляет 3-4% - в организме не происходит никаких существенных изменений. Может быть только темная моча или легкое чувство жажды.

Если потеря жидкости из организма составляет 5-8%, то могут появиться следующие признаки: головная боль или спутанность

сознания; головокружение, усталость и слабость; сухость во рту и/или кашель; частое сердцебиение, но низкое кровяное давление; отеки подошвы и мышечные судороги, а также запор. В этом случае основная рекомендация - гидратация путем употребления природной минеральной воды, поскольку необходимо восполнить не только жидкость, но и потерянные электролиты.

Если теряется 10% или более жидкости в организме, возникает психический и физический дисбаланс и сильная жажда. Рекомендуется использовать концентрированные растворы для пероральной регидратации, которые следует принимать только по совету врача.

Правила питья минеральной воды:

- в пределах суточной нормы, особенно в случаях сильного обезвоживания;
- дети - только после 2 лет, изредка, слабо минерализованную;
- в течение 3 дней после открытия цилиндра.

В зависимости от их минерализации мы различаем воду:

- Богатую минеральными солями - более 1,5 г/л;
- слабо минерализованную - менее 0,5 г/л;
- очень слабо минерализованную - менее 0,05 г/л.

Рекомендации:

В значительной степени количество потребляемой жидкости зависит от: возраста, пола, температуры и влажности окружающей среды, физической активности, стиля питания, состояния здоровья и т.д. Общее правило для потребления жидкости: 30 мл/кг массы тела для женщин и 40 мл/кг массы тела для мужчин. Рекомендуемое ежедневное потребление жидкости:

- Мужчины: 3,7 литра жидкости (включая 0,74 литра из пищи);
- Женщины: 2,7 литра жидкости (включая 0,54 литра из пищи);
- Во время беременности: 3 литра жидкости (включая 0,6 литра из пищи);
- Кормление грудью: 3,4 литра жидкости (включая 0,68 литра из пищи).

Существует ряд ситуаций, в которых необходимо увеличить потребление жидкости: климатические условия, высококалорийная и

высокоуглеводная диета, потребление соли и специй, высокогорье, физиологические состояния (беременность, кормление грудью), физическая активность, патологические состояния (рвота, диарея, лихорадка, сахарный диабет) и т.д.

Факторы, влияющие на потребность в еде и гидратации

1. Биологические факторы

- Возраст и развитие - диетические потребности зависят от периода роста и развития: ребенок, подросток, взрослый, пожилой;

- Младенцам необходимо 117 ккал/кг массы тела в первом полугодии и 108 ккал/кг массы тела во втором полугодии;

- Потребность в калориях увеличивается с возрастом;

- Подростки: девочкам необходимо 2000-2500 ккал/день, а мальчикам - 2500-3000 ккал/день;

- Взрослые люди имеют относительно стабильные потребности в питании с точки зрения калорийности и питательных факторов. Рост прекращается, и питание должно быть адаптировано к другим переменным, которые характеризуют взрослую жизнь. Питание вписывается в схемы, описанные в сестринских вмешательствах.

- У людей старше 65 лет процессы инволюции ограничивают потребность в белках и калориях; также снижается потребность в витаминах группы В; женщинам рекомендуется добавка кальция; из-за дегенеративных процессов в рационе должны присутствовать пищевые добавки;

- Физическая активность - чем больше мышечная активность, тем выше Ваш метаболизм и, следовательно, потребление пищи;

- профессиональная деятельность;

- масса тела;

- здоровье, зубы, глотание, пищеварение, усвоение;

- время приема пищи - для всех людей рекомендуется регулярное питание; интервал между приемами пищи должен соответствовать возрасту;

- определенные физиологические состояния:

- Беременность: в зависимости от каждого триместра беременности; количество белка увеличивается на 30 г, потребление кальция

- на 50%, йода - на 25 мг, витамина А - на 20-25%, витамина С - на 30%, витамины группы В и витамин D должны поступать в избытке.

2. Психологические факторы:

- аффективное состояние;
- эмоции - (беспокойство или радость) - влияют на потребление пищи, поэтому у некоторых людей пропадает аппетит, а другие реагируют на это, съедая больше еды;
- беспокойство – потребление пищи тесно связано с удовлетворением потребности в безопасности, любви и благополучии.

3. Социологические факторы

- Климат - зимой людям требуется больше калорий (теплая, питательная еда), в то время как летом предпочтительнее легкая еда и больше жидкости;
- Пищевые привычки;
- Социально-экономический статус - хорошие пищевые привычки формируются с раннего детства и иногда могут зависеть от принадлежности к социальной группе, бедность негативно влияет на удовлетворение потребностей;
- Религия и традиции - в зависимости от религиозной принадлежности у людей есть определенные пищевые ритуалы: пост, за которым следуют основные праздники, запрет на употребление определенных продуктов (свинины, кофе, алкоголя), а также приготовление и подача еды в соответствии с определенным ритуалом;
- материальное состояние;
- привычки питания и личные предпочтения;
- Культура и образование - питание тесно связано с традициями и суевериями каждой культуры.

Проявления независимости:

1. Полость рта

- Хорошие зубы;
- Протезы установлены и находятся в хорошем состоянии;
- Розовый и влажный рот;
- Розовый язык;
- Розовые десны и крепкие зубы;

2. Жевание

- Легко, эффективно, медленно;
- Рот закрыт;

3. Присутствует глотательный рефлекс;

4. Пищеварение

5. Пищевые привычки

- программа питания (3 приема пищи и 2 перекуса);
- ночной отдых 10 часов;

6. Appetit

- Аппетит - приятное ощущение, переводимое как желание поесть;

7. Голод

- неприятное ощущение, которое переводится как необходимость поесть;

8. Сытость

- чувство сытости, испытываемое человеком, когда потребность в еде удовлетворена;

9. Гидратация

- Приём жидкости по мере необходимости;

10. Ваше чувство вкуса

- должно присутствовать;

11. Употребление пищи и жидкости

- в количестве и качестве, соответствующем возрасту, активности;

12. Здоровые пищевые привычки.

Вмешательства медсестры для сохранения независимости в удовлетворении потребностей

1. Медсестра рассчитывает Ваши потребности в калориях в течение 24 часов, основываясь на активности:

- в состоянии покоя, 25 кал./кг тела/ 24 ч;
- легкая активность: 35-40 кал./кг тела/24ч;
- средняя активность: 40-45 кал./кг тела/24 ч;
- интенсивная активность: 46-60 кал./кг тела/24 ч.

1. по возрасту:

- увеличивается потребность в калориях на 20-30% для детей;

- 10-15% для пожилых людей;
 - у женщин на 10% ниже, чем у мужчин;
 - при лихорадочных состояниях потребность в калориях увеличивается на 10%;
 - у спортсменов, во время беременности, грудного вскармливания потребность в калориях увеличивается на 30%;
 - рассчитывает сбалансированный рацион;
 - обеспечивает баланс между энергетическими и неэнергетическими элементами (вода, витамины, минералы);
 - обеспечивает баланс между основными питательными веществами: 50-55% углеводов, 10-15% белков, 30-40% липидов.
2. Обеспечивает обмен между продуктами животного и растительного происхождения:
- 60% животного белка;
 - 40% растительного белка;
 - 65% животного жира;
 - 35% растительных липидов.
3. Обеспечивает баланс между кислотностью и щелочностью;
4. Рассчитывает количество калорий/кг тела/24ч в физиологических состояниях: спортсмены, беременность и грудное вскармливание: + 30%;
5. Рацион должен включать продукты из всех пищевых групп руководства по питанию, зная энергетическую ценность принципов питания:
- Углеводы: 4,1 кал. при метаболизме одного грамма;
 - липиды: 9,3 кал. при метаболизме одного грамма;
 - белок: 4,1 кал. при метаболизме одного грамма.
6. Изучает пищевые привычки и вкусы человека;
- выбирает продукты в соответствии с предпочтениями, привычками и потребностями пациента;
 - при необходимости заменяет одну пищу другой в соответствии с количественной и качественной эквивалентностью различных пищевых принципов.

Зависимость в удовлетворении потребностей

Когда эта потребность не удовлетворена, возникают следующие **проблемы с зависимостью:**

1. неадекватное питание и гидратация в результате дефицита (меньше, чем нужно организму);
2. неадекватное питание и гидратация в результате переувлажнения (больше, чем нужно организму);
3. непереносимость продуктов.

Физические источники:

- изменение слизистой оболочки пищеварительного тракта и перистальтики кишечника;
- изменения паренхимы печени или желчных протоков;
- непроходимость, опухоли, удушье;
- назогастральный зонд;
- перегрузка: алкогольное отравление, злоупотребление наркотиками;
- боль;
- метаболический, электролитный, эндокринный и неврологический дисбаланс.

Психологические источники:

- психические заболевания;
- нарушенное мышление;
- беспокойство;
- стресс;
- кризисные ситуации;
- анорексия - отсутствие аппетита;
- полифагия - чрезмерная потребность в еде;
- дисфагия - затрудненное глотание.

Социальные источники:

- голод;
- несамостоятельность;
- неудовлетворительное питание;
- доход;
- социальное поведение и социальные взаимодействия;
- пищевые привычки, традиции, религия.

Недостаточное питание и недостаточная гидратация в результате дефицита

Недостаточное питание: меньше, чем требуется организму. Дефицит – это недостаточное поступление питательных веществ, недостаточность в количественном и качественном отношении, которая влияет на пищевое состояние человека. С этим связан целый ряд факторов, в том числе: неправильные пищевые привычки, органические и психические заболевания, алкогольная интоксикация, наркотическая интоксикация и т.д. Недостаточное потребление пищи и жидкости приводит к нарушениям в работе всех органов и систем организма (недоедание, обезвоживание).

1. Проявления зависимости:

- Анорексия - отсутствие аппетита;
- Дисфагия - затруднение глотания; затруднение глотания;

2. Состояние полости рта:

- Отсутствие зубов, кариес, гингивит;
- Язвы на губах, слизистой оболочке полости рта;
- Загрубевший язык, сабуральные отложения, глоссит;
- Затруднения при жевании;

3. Состояние кожи:

- Сухость кожи, потеря эластичности;
- Акне, дерматит;

4. Пищеварение:

- Трудности с перевариванием и усвоением пищи;
- Тошнота, рвота;
- Регургитация;
- Аэрофагия - удаление воздуха через рот;
- Пирозис-изжога;

5. Пищевые привычки:

- Ошибки при приготовлении пищи;
- Ошибки в выборе продуктов питания;
- Неудовлетворительное время приема пищи;
- Потеря привыкания в результате изменения условий окружающей среды;

6. **Недостаточная гидратация** - низкое потребление жидкости и минералов;
7. **Уменьшенное количество пищи** - количество пищи не соответствует потребностям пациента в калориях;
8. **Водно-электролитный дисбаланс:**
 - Слабость;
 - Сухость кожи и слизистых оболочек;
 - Концентрированная моча;
9. **Обезвоживание** - тургор - присутствует, сухость кожи и слизистых оболочек, гипотония, тахикардия;
10. **Недостаточное питание** - плохое питание, недостаточное количество пищи;
11. **Кахексия** - крайняя слабость в терминальной фазе некоторых заболеваний;
12. **Потеря веса;**
13. **Апатия** - состояние безразличия, отсутствие интереса к какой-либо деятельности и окружающему миру;
14. **Снижение энергии** - непереносимость физических нагрузок;
15. **Отек** - скопление серозной жидкости в тканях.

Вмешательства медсестры в жизнь пациента с неадекватным питанием в результате дефицита

Цели - Автономные и делегированные вмешательства.

Пациент достигает ощущения хорошего самочувствия, без тошноты и рвоты:

- укладывает пациента в полулежачее, сидячее или супинированное положение, откинув голову в сторону;
- защищает постельное белье муслином или подкладками, в зависимости от положения пациента,
- помогает пациенту во время рвоты, поддерживая его, учит его делать глубокие вдохи; подает ему стакан воды, чтобы прополоскать рот;
- даёт медикаменты: противорвотные средства, витамины, минеральные соли;
- поощряет пациента;
- уменьшает или прекращает потребление жидкости и пищи.

Пациент должен быть сбалансирован по водно-электролитным показателям:

- Парентеральное питание, введение инфузий глюкозы (5%, 10%, 20%, 33%, 40%); гидролизатов белка и аминокислотных смесей, витаминов и электролитов, по показаниям врача;
- Рассчитывает количество калорий для различных патологических состояний; добавьте 13% для каждого градуса температуры выше 37°C; 20-30% для возбуждения, конвульсий, разрушения клеток;
- После того, как рвота прекратится, постепенно восстанавливает водный баланс пациента небольшими порциями холодной жидкости, подаваемой ему с ложки;
- Изучает вкусы и пищевые привычки пациента;
- Дает пациенту понять, насколько важна диета для поддержания здоровья;
- Учитывает количество потребляемых и выделяемых жидкостей.

Питание пациента должно быть сбалансированным:

- Изучает предпочтения пациента относительно разрешенных и запрещенных продуктов;
- Подаёт пациенту пищу умеренной температуры, в обычное время и аппетитно оформленную;
- Учит пациента категориям продуктов питания в руководстве по питанию, а также количественным и качественным эквивалентам принципов питания, чтобы заменить один продукт на другой:
- 100 г углеводов состоят из: 100 г сахара; 120 г риса; 135 г лапши; 200 г хлеба; 450 г сухофруктов; 200 г сушеных овощей; 500 г картофеля; 650 г свежих фруктов;
- 100 г белка состоит из: 3000 мл молока, 450 г белого мяса (птица, телятина), 650 г рыбы, 400 г сыра;
- 100 г жира состоят из одинакового количества растительного масла, сливочного масла, сала;

- Позволяет пациенту выбирать еду в соответствии с его вкусами, соблюдая противопоказания диеты.

Пациент должен быть психически уравновешен:

- Обеспечивает теплый, уютный климат;
- Поощряет пациента;
- Объясняет цель вмешательства.

Неадекватное питание и гидратация в результате преувлажнения

Неадекватное питание: больше, чем нужно организму. Избыток - это потребление пищи, чрезмерное по количеству и качеству. Все люди, потребляющие питательные вещества в количестве, превышающем энергетические потребности организма, страдают избыточным весом и ожирением. Избыточный вес сказывается на функционировании органов и систем организма. Человек может переесть по ряду причин: стресс, тревога, одиночество, психические расстройства, эндокринный дисбаланс или другие органические нарушения.

Проявления зависимости:

- **Булимия** - преувеличенное чувство голода: неконтролируемый прием пищи;
- **Полифагия** - преувеличенная потребность в еде и отсутствие чувства сытости;
- **Тошнота и рвота** - часть или все содержимое желудка изгоняется через рот.
- **Ожирение** - индекс массы тела (ИМТ), показатель, получаемый путем деления веса человека в килограммах на квадрат его роста в метрах, превышает 30 кг/м².

Вмешательства медсестры у пациента с недостаточным потреблением пищи в результате перекармливания

Цели - Автономные и делегированные вмешательства.

Масса тела пациента в зависимости от роста, возраста, пола:

- Медсестра изучает вкусы пациента в различных категориях продуктов питания;
- Учит больного энергетической ценности пищи и тому, что необходимо в зависимости от физической активности и возраста;

- Составляет низкокалорийную диету;
- Следит за тем, чтобы пациент ел только те продукты, которые включены в диету;
- Следит за расписанием и распределением блюд;
- Регулярно отслеживает вес пациента.

Повышенная физическая активность:

- Информировывает пациента о важности умеренной физической активности;
- Вместе с пациентом составляет программу физической активности в соответствии с его вкусом и способностями.

Пациент должен быть психически уравновешен:

- Поощряет пациента в выражении эмоций и чувств;
- Обучает его методам релаксации;

Непереносимость продуктов

Проявления зависимости:

- Тошнота – ощущение рвоты, сопровождающееся или не сопровождающееся рвотой;
- Рвота;
- Физическая астения (усталость);
- Бледность кожи;
- Отсутствие аппетита;
- Вздутие живота;
- Регургитация - рефлюкс небольшого количества жидкости из желудочной полости обратно в ротовую полость.

Источники трудностей:

- Нарушения верхней конечности, травмы верхней конечности;
- Стресс, беспокойство, спутанность сознания, психические расстройства;
- Нарушение зрения;
- Деформация суставов кисти, паралич;
- Плохо сидящие зубные протезы;
- Одиночество;
- Эндокринные или органические дисбалансы.

Другие проблемы, связанные с зависимостью:

- Трудность или неспособность придерживаться диеты.

Проявления зависимости:

- Не пьёт или употребляет запрещенные жидкости;
- Пропускает приемы пищи или ест запрещенные продукты;
- Головокружение;
- Бледность;
- Недомогание;
- Запор.

Источники трудностей:

- Различные пищевые привычки, связанные с культурой и религией;
- Стресс, беспокойство, растерянность;
- Незнание продуктов, которые являются обязательными или запрещенными в состоянии пациента;
- Отвращение к еде;
- Плохие привычки семейного питания;
- Не в состоянии самостоятельно добывать или готовить себе пищу;
- Пищевая непереносимость;
- Непринятие (отрицание) болезни.

Вмешательства медсестры

Пациент должен следовать диете самостоятельно:

- Помогает пациенту поесть;
- Объясняет необходимость диеты;
- Даёт лекарства, назначенные Вашим врачом.

Отказ от пищи/гидратации

Проявления зависимости:

- Отказывается от еды;
- Отказывается пить.

Источники трудностей

- большая депрессия;
- беспокойство, стресс;
- неблагоприятное отношение;

- окружающая обстановка;
- несамостоятельность;
- слабость;
- потеря чувства собственного достоинства;
- беспокойное мышление;
- одиночество (развод, смерть);
- социальные потери (безработица и т.д.).

Вмешательства медсестры

1. Дать возможность пациенту выразить желание есть и пить самостоятельно.
 2. Обеспечить пациенту постоянный душевный и физический комфорт с помощью медсестры - которая стимулирует пациента выразить свое беспокойство, эмоции, вызвавшие негативистское решение;
- Работать с опекунами в ситуациях одиночества, чтобы не оставлять пациента одного;
 - Объяснить пациенту необходимость есть и пить, поднимать моральный дух пациента, вернуть ему стремление к жизни;
 - Давать лекарства, назначенные врачом (антидепрессанты).

7.3. Потребность выделять

Автор: Екатерина Скоарцэ

Выделение – это необходимость организма избавиться от нежелательных, вредных веществ, образующихся в результате метаболизма.

Выведение отходов *происходит* несколькими путями:

- ✓ мочевыделительная система – моча;
- ✓ потовые и сальные железы кожи – пот;
- ✓ дыхательная система – дыхание;
- ✓ пищеварительная система - стул;
- ✓ женская половая система - менструация;

При **патологических** состояниях выделения происходят в пищеварительном тракте в виде рвоты, а в дыхательных путях - мокроты.

Обзор

Поддержание постоянного состава внутренней среды достигается процессом гомеостаза. Все изменения внеклеточного объема приводят к изменениям в составе клеточных жидкостей, поэтому так важно поддерживать состав внутренней среды постоянным.

Почки, будучи главными органами гомеостаза, поддерживают химический состав жидкостей в организме на нормальном уровне, сохраняют водный, водно-электролитный и кислотно-основной баланс внутренней среды и избавляют организм от токсичных продуктов, образующихся в результате метаболизма.

Полезные для организма вещества (натрий и вода) всасываются путем осмоса. Выполняя свою уникальную роль, кожа дополняет процесс выведения веществ почками. Важную роль играют легкие, которые контролируют CO_2 и O_2 . Организму также необходимо избавиться от отходов пищеварения (целлюлозных волокон, желчных пигментов, отторгнутых клеток из пищеварительного тракта и т.д.). Другие бесполезные вещества также должны быть выведены; например, у женщин, начиная с периода полового созревания и до менопаузы, в конце каждого менструального цикла выделяется менструальная кровь, если яйцеклетка не была оплодотворена.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребности

1. Биологические факторы:

- *Питание* – количество и качество пищи, потребляемой человеком, влияет на удовлетворение потребности в элиминации;
 - Хорошая гидратация и диета, богатая клетчаткой (овощи, фрукты, злаки), облегчают опорожнение кишечника и мочевого пузыря;
 - Прием пищи в установленное время способствует ритму элиминации.
- *Упражнения* – физическая активность повышает эффективность работы мышц, укрепляет мышцы живота и таза, которые играют важную роль в опорожнении кишечника;
- *Возраст* – играет важную роль в удовлетворении потребности, если принимать во внимание контроль сфинктера
 - У детей контроль достигается через 2-3 года;

- У пожилых людей снижение мышечного тонуса брюшной полости может привести к отсутствию контроля над элиминацией;
- У мужчин гипертрофия предстательной железы может вызвать проблемы с мочеиспусканием.

➤ *Программа кишечного выделения:*

- Регулярность программы выделения является одним из факторов удовлетворения этой потребности;
- Время, выбранное для дефекации, может варьироваться от человека к человеку.

2. Психологические факторы:

- *стресс;*
- *беспокойство;*
- *сильные эмоции* – могут изменить частоту, количество и качество мочеиспускания и опорожнения кишечника;

3. Социологические факторы:

- социальные нормы – каждое общество устанавливает свои меры гигиены, чтобы люди соблюдали чистоту в общественных местах;
- образование;
- культура.

Независимость в удовлетворении потребностей

МОЧА: водный раствор, через который выводятся бесполезные и токсичные для организма вещества, образующиеся в результате промежуточного белкового обмена.

Общие сведения: Токсичные вещества выводятся из организма с мочой. Эти вещества выводятся в водном растворе вместе с минеральными солями и другими деассимилирующими веществами, которые не нужны организму. Наряду с почками и пищеварительным трактом, в механизм элиминации вовлечены печень, железы внутренней секреции, функциональное состояние кровеносной системы - и все это под влиянием деятельности нервной системы. Это показывает взаимодействие между потребностью в устранении и другими базовыми потребностями.

Терминология:

- мочеиспускание = выделение мочи, сознательный физиологический акт элиминации.
- Диурез = количество мочи, выводимой из организма за 24 часа.

Проявление независимости

количество	меняется с возрастом: – новорожденный 30-300 мл/24 ч – ребенок 500-1200 мл/24 ч – взрослый 1200-1400 мл/24 ч
частота мочеиспускания	– новорожденный - частое мочеиспускание – ребенок 4-5/день – взрослый 5-6/день – пожилой человек 6-8 раз в день
ритм мочеиспускания	– 2/3 мочеиспусканий в течение дня, 1/3 ночью
цвет мочи	– от светло- до темно-желтого. Чем более разбавлена моча, тем светлее она будет, и наоборот (от темно-желтого до коричневого). • меняются в зависимости от пищи: – Темный цвет = богатая мясом диета; – Светлый цвет = вегетарианец; • Лекарства меняют цвет вот так: - Розовый, кирпично-красный = обработка пирамиды; – Синие-зеленый = обработка метиленовым синим; – Коричнево-красный или черно-коричневый = лечение хинином или салициловой кислотой;
запах мочи	– Бульонный запах = свежая моча; – аммиачный = через некоторое время из-за щелочной ферментации;
Реакция мочи	Норма = кислая реакция = pH между 4,5-7 – Реакция мочи зависит от питания: богатая мясом диета – подкисляет мочу, вегетарианская диета - снижает кислотность мочи. Примечание. Гиперацидная или щелочная реакция способствует выпадению растворенных веществ в мочу и образованию камней в мочевыводящих путях.
внешний вид мочи	– Норма = сначала чистая, прозрачная. Через некоторое время она может стать мутной - из-за сгустка муцина и захваченных эпителиальных клеток из мочевыводящих путей и слизи из гениталий.

Плотность мочи	– определяется сразу после выделения, поскольку охлаждение изменяет плотность; – норма 1010-1025 – смешанный режим; при 15°C (более низкая или более высокая температура изменяет плотность).
-----------------------	--

СТУЛ = Остатки пищи, прошедшие процесс переваривания, выводятся из организма при дефекации. Стул состоит из:

- остатков, оставшихся после переваривания пищи;
- десквамированных клеток на поверхности пищеварительного тракта и пищеварительных желез;
- продуктов выделения пищеварительного тракта и вспомогательных желез;
- большого количества микробов.

Терминология: – Дефекация = выведение фекалий через задний проход.

Проявление независимости

частота	– Норма для взрослых - 1-2 раза в день или раз в два дня – 1-2 стула в день у новорожденных детей
расписание	– ритмично, в одно и то же время суток, утром после пробуждения
количество	– ежедневно 150-200 г фекалий
консистенция	– стручковый, однородный
форма	– цилиндрические, 3-5 см в диаметре, разной длины
цвет	– Коричневый у взрослых, вызывается стеркобилином; • Меняйте цвет в зависимости от диеты: – Светло-желтый = молочная диета; – Темно-коричневый цвет = мясная пища; – Черный = готовая еда, содержащая кровь; – зеленый = зеленые овощи; – характерный пищевой цвет = ежевика, шоколад, черника; • Меняйте цвет в зависимости от лекарства: – коричнево-черный = висмут; – зеленовато-черный = железо; – белый = барий; – матовый черный = древесный уголь;
запах	– фекалоид - различается у разных людей.

У младенцев

цвет	– Первые 2-3 дня после рождения = темно-зелено-коричневый цвет (меконий) ➤ У младенцев внешний вид и цвет меняются в зависимости от способа кормления. – золотисто-желтый = младенец на грудном вскармливании, в контакте с воздухом, за счет окисления билирубина; – становится зеленоватым или зеленым; – светло-желтый = искусственно вскармленный сахар; – коричневый = после введения муки в рацион;
количество	– 3-4 раза в день до 5-го месяца, когда количество стула сокращается до 2-3 раз в день. Если младенец находится на искусственном вскармливании, количество стула составляет 1-2 в день.
запах	– слегка кисловатая, кислая реакция = младенец на грудном вскармливании; – невыраженный, щелочная или нейтральная реакция = искусственное питание.

ПОТООТДЕЛЕНИЕ = физиологическое явление, при котором организм усиливает потерю тепла и выделительную функцию через потовые железы.

Терминология - пот = водный раствор, состоящий из воды 990 г‰ и 10‰ сухого остатка (мочевина, ураты, жирные кислоты, летучие органические кислоты, минеральные соли).

Проявление независимости

реакция	– кислая pH = 5,2 или слегка щелочной
количество	– минимум для сохранения влаги в складках
запах	– варьируется в зависимости от диеты, климата и гигиенических привычек человека
Пот	– неощутимая потеря воды при испарении через кожу и выдыхании Состав выдыхаемого воздуха: – O₂ - 16 % – CO₂ - 3 – N - 74% – H₂O - 7

МЕНСТРА = временная или периодическая потеря крови через половые органы - возникает в период полового созревания, исчезает в менопаузе и во время беременности.

Проявление независимости

цикл	– 28-35 дней
Продолжительность	– 3-5 дней
вид	– слизь, смешанная с кровью и клеточными остатками; – не сворачивается;
цвет	– Сначала темно-красный, затем светло-красный
количество	– 50-200 g
запах	– неприятный
эволюция	– Боли нет, легкий физиологический дискомфорт.

Вмешательства медсестры для сохранения независимости при удовлетворении потребности в устранении

- исследует элиминационное поведение пациента;
- планирует программу утилизации с учетом своей деятельности;
- составляет план упражнений;
- учит технике релаксации;
- изучает привычки пациента в еде;
- рекомендует употреблять продукты и жидкости, способствующие элиминации.

Зависимость в удовлетворении потребностей

При патологических состояниях происходит большая потеря жидкости: полиурия, диарея, рвота, дренаж, диафорез, обильное отхаркивание.

Источниками трудностей, которые приводят к неудовлетворенным потребностям, могут быть следующие (в зависимости от проблемы - несколько примеров):

Физические источники	– изменения в кишечнике (диарея, запор); – снижение перистальтики кишечника (запор); – ослабление или расслабление сфинктера (недержание); – отсутствие контроля сфинктера (недержание); – изменения в нервных центрах (недержание); – инсульт (недержание); – спазмы мочевого пузыря (задержка мочи); – аномалии мочевыводящих путей (задержка мочи, неадекватное мочеиспускание) – повреждение мочевыводящих путей (неадекватная элиминация);
-----------------------------	---

	– изменение паренхимы почек (неадекватная элиминация); – опухоли (запор); – пищевая и лекарственная интоксикация (диарея, задержка мочи) – метаболический, электролитный, эндокринный, неврологический дисбаланс (недостаточное выведение мочи, диафорез); – боль (неадекватное мочеиспускание);
Психологические источники	– беспокойство (диарея, запор...); – стресс (диарея, запор...); – кризисная ситуация (неадекватное мочеиспускание, диафорез, запор); – нарушения мышления (недержание мочи и кала);
Социологический источник	– загрязнение воды (диарея); – измененная пища (диарея); – изменение образа жизни (запоры); – недостаточное количество рабочих часов для удовлетворения потребностей (запор); – загрязнение окружающей среды (недостаточное выведение мочи); – слишком высокая температура окружающей среды (диафорез);
Отсутствие знаний	– отсутствие знаний; – недостаточные знания других людей, окружающей среды.

Когда потребность в элиминации не удовлетворена, возникает целый ряд проблем, связанных с зависимостью:

1. недостаточное количество и качество выделяемой мочи;
2. задержка мочи;
3. недержание мочи и кала;
4. диарея;
5. запор;
6. рвота;
7. неадекватное выведение менструации;
8. диафорез;
9. отхаркивание;
10. обезвоживание.

Мочеиспускание неадекватно по количеству и качеству

Проявления зависимости

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДИУРЕЗА	
Полиурия	– повышенное мочеиспускание, более 2500 мл мочи/24 часа. Она может быть проходящей или длительной.
Проходящая, длительная или постоянная	➤ Появляется: – во время вспышки инфекционных заболеваний (пневмония, эпидемический гепатит и т.д.); – после почечной колики, приступов стенокардии, эпилепсии и истерии; – во время рассасывания отеков, трансудатов и серозных экссудатов; – при склерозе почек, когда почка теряет способность к концентрации. ➤ Она может увеличиться до 5-6 литров за 24 часа: – При сахарном диабете: для выведения большого количества глюкозы с мочой требуется большое количество воды (в соответствии с осмотическими законами); – при диабете инсипидус; – Недостатке секреции гипофизарного антидиуретического гормона препятствует канальцевой реабсорбции воды. Количество мочи может достигать 10-30 литров в день. – при пиелите, пиелонефрите, туберкулезе почек (защитно-рефлекторный характер организма).
Олигурия	– Выделение мочи менее 800 мл/24 часа. Олигурия может быть вызвана почечными и внепочечными причинами. Появляется в: – состоянии, сопровождающемся обезвоживанием организма: • обильном потоотделении • рвоте; • сильной диарее; – сильном кровотечении; – периоде формирования серозных коллекций; – недостаточности кровообращения с образованием отеков; – остром периоде инфекционных заболеваний (пневмония, гепатит и т.д.); – Остром гломерулонефрите, сопровождающемся отеками;
Анурия	– Отсутствие мочи в мочевом пузыре может быть вызвано почечными и внепочечными причинами. Появляется в: – Остром гломерулонефрите, токсическом нефрозе; – Широко распространенных ожогах;

	– травматическом и хирургическом шоке; – Травме поясницы; – Попадании камня в один из мочеточников.
НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ	
Полякиурия	– Очень частое мочеиспускание, с малыми порциями мочи. Причинами могут быть: – раздражающее действие на слизистую оболочку мочевого пузыря – Внутрипузырные и соседние процессы: цистит, туберкулез и новообразования мочевого пузыря, калькулез мочевого пузыря, воспаления органов малого таза, заболевания матки, уретрит, простатит, – Повышенная возбудимость слизистой оболочки мочевого пузыря при нейропатии;
Никтурия	– Изменение соотношения количества миктуров и количества мочи, прошедшей за день, к количеству мочи, прошедшей за ночь; – Возникает при левожелудочковой недостаточности - это связано с тем, что в течение дня сердце не обеспечило прохождение необходимого количества крови через почки.
Дизурия	– Мочеиспускание болезненно и затруднено. Появляется в: – Остром воспалении уретры; – Стриктуре уретры; – Отеке слизистой оболочки уретры; – Гипертрофии предстательной железы и т.д
ДРУГИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ	
Гематурия	– наличие крови в моче - светло-красной, темно-красной или красновато-коричневой. Иногда при гематурии моча мутная, напоминающая мясные помои.
Альбуминурия	– белок в моче
Гликозурия	– наличие глюкозы в моче
Гиперстенурия	– очень концентрированная моча (повышенная плотность мочи).
Гипостенурия	– Очень разбавленная (с низкой плотностью) моча = при заболевании почек, когда почки теряют способность концентрировать мочу.
Изостенурия	– моча низкой плотности поддерживается на одном и том же уровне в любое время, независимо от режима.
Примечание. Количество, цвет и плотность тесно связаны между собой. – При полиурии = светлый цвет = низкая плотность (исключение - сахарный диабет, при котором, несмотря на полиурию и светлый цвет, плотность высокая); – При олигурии = темный цвет = высокая плотность.	

Отек	– Скопление серозной жидкости в тканях, проявляющееся увеличением объема отеочной области, стиранием естественных складок, потерей эластичности отеочной ткани, со следами цифрового давления (знак "фаллоса"); кожа бледная, блестящая и лоснящаяся.
Мутная моча	– Моча патологически мутная из-за минеральных солей, гноя или микробов.
Моча с запахом спелых фруктов или хлороформа	– при диабете, из-за присутствия ацетона.
Боль в нижней части спины	– Боль в пояснице.
Интенсивная жажда	– это постоянная и сильная потребность пить жидкость.
Тошнота и рвота	– Тошнота - это ощущение рвоты, а рвота - это неконтролируемый рефлекс, направленный на изгнание желудочного содержимого.

Вмешательства медсестры

Пациент с количественным и качественным недостаточным мочеиспусканием

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ, АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
Пациент должен иметь водно-электролитный и кислотно-основной баланс	– Медсестра ежедневно составляет водный баланс, тщательно измеряя потребление и выделение воды; – Ежедневно взвешивает пациента; – Корректирует дисбаланс жидкости, увлажняя или снижая потребление жидкости и электролитов, в зависимости от ионограмм сыворотки и мочи; – Корректирует кислотно-щелочной дисбаланс, в зависимости от щелочного резерва, по рекомендации врача;
У пациента нет кожных, респираторных, мочевых осложнений	– Собирает мочу для проведения химических и бактериологических исследований; – Применяет мочевые антисептики, сульфаниламиды, антибиотики, согласно антибиограмме, по предписанию врача - обеспечивает строгую гигиену тела; – Обслуживает пациента в постели (где это уместно) с писсуаром и тазиком; – Меняет постельное белье и нижнюю одежду по мере необходимости;

Пациент должен быть психически уравновешенным	– Создает теплую атмосферу, отвечает на звонки быстро и участливо – Поощряет пациента выражать свои мысли и чувства по поводу проблемы зависимости (общение играет очень важную роль).
--	---

Задержка мочи - ишиурия

Ишиурия или задержка мочи – это неспособность мочевого пузыря опорожнить свое содержимое. Ее не следует путать с анурией, которая представляет собой отсутствие почечной секреции. Ишиурия может быть вызвана препятствием на пути выведения мочи, таким как: рубцовые стриктуры, камни, заключенные в уретру, гипертрофия предстательной железы или другие соседние процессы, которые сдавливают путь выведения мочи, или паралич мочевого пузыря или сфинктеров, как при миелите, табесе, полиомиелите, спинальной травме, или танзарный парез при тяжелых инфекциях (например, брюшной тиф, менингит, энцефалит, септицемия, после внутрибрюшной операции) и коме.

Задержка мочи вызывает сильное растяжение мочевого пузыря, который перекачивается, что подчеркивается пальпацией над лобковым симфизом, в то время как при анурии мочевой пузырь остается пустым. В результате повышения давления в мочевом пузыре, если нет механического препятствия, сфинктер уретры разрушается, и моча начинает выходить капля за каплей. Это называется парадоксальной ишиурией или регургитационным (переполненным) недержанием.

Проявления зависимости

Везикулярная доляка	– Растяжение мочевого пузыря над лобковым симфизом, вызванное задержкой мочи
Миктурия	– отсутствует
Полакиурия	– Частое мочеиспускание в небольших количествах (переполненное мочеиспускание)

Вмешательства медсестры Пациент с ишиурией - задержкой мочи

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ, АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
У пациента спонтанная миктурия	– Проверяет наличие мочевого пузыря - старается стимулировать его опорожнение в противном случае: • Подставляет теплый тазик под пациента; • Подкладывает теплые компрессы (грелку) на лобковую область; • Оставляет кран работающим (так, чтобы больной мог его слышать); • Помещаете руки пациента в теплую воду; – По указанию врача выполняет катетеризацию мочевого пузыря для вывода мочи.
Пациент должен быть психологически и уравновешен	– Учит пациента, что между потребностями пить, есть, заниматься физическими упражнениями и выводить шлаки из организма должна быть взаимосвязь, чтобы установить свой собственный график приема и выведения шлаков; – Учит пациента правильному положению для облегчения мочеиспускания и полного опорожнения мочевого пузыря; – Успокаивает пациента и побуждает его выразить свои чувства по поводу проблемы; – Обеспечивает теплый, уютный климат.

Недержание мочи и кала

Недержание мочи и кала может быть следствием ряда заболеваний (мочевой или кишечной инфекции), травмы спинного мозга, потери сознания, нарушения деятельности сфинктера, повышения давления в брюшной полости, родовых травм и т.д. Дети и пожилые люди склонны к недержанию либо из-за недостаточного контроля сфинктера, либо в результате болезни. Особой формой недержания мочи у детей является ночной энурез, имеющий множество причин, требующих сложного ухода.

Проявления зависимости

Недержание мочи	– Непроизвольные и неосознанные мочеиспускания. Появляется в: – травмах позвоночника; – прекращении эпилептических припадков; – неврологических расстройствах; – ослабление функции сфинктера; – травмах;
------------------------	--

Энурезис	– Непроизвольное, бессознательное, ночное мочеиспускание, которое чаще встречается у детей с невротическими расстройствами в возрасте после 3 лет;
Недержание кала	– Непроизвольное и неосознанное подтекание фекалий.
Раздражение кожи анальная область	– Воспаление тканей в анальной области, причем в зависимости от времени развития оно может быть отечным, гиперемизированным, десквамативным и т.д.

Вмешательства медсестры

Пациент с недержанием мочи и кала

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ, АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
Кожа и слизистые оболочки пациента должны быть неповрежденными и чистыми	– Меняет постельное белье и нижнюю одежду после каждой уборки; – Если возможно, рекомендует носить трусы с подкладкой, которая впитывает мочу и не вызывает неприятного запаха и раздражения кожи; – Обеспечивает строгую местную гигиену после каждой утилизации; – Наносит защитный крем; – Вставляет катетер в мочевого пузырь, как посоветует врач;
Пациент должен восстановить контроль над сфинктером	– Обеспечивает адекватное потребление жидкости в зависимости от водного баланса (больше в первой половине дня); – устанавливает расписание отборов; – формирует привычку устранять проблемы в определенное время (в начале - с меньшим интервалом, а по мере достижения контроля над сфинктером интервал увеличивается) – Будит пациента ото сна, чтобы помочиться; – Учит пациента правильному положению, способствующему полному опорожнению мочевого пузыря; – Учит пациента увеличивать давление, массируя мочевой пузырь или сидя и наклонившись вперед, что вызвать микстурию и вывести остатки мочи; – Обучает пациента упражнениям для укрепления мышц промежности; – Учит пациента сокращениям задних мышц тазового дна, препятствующее дефекации; – Учит пациента сокращениям передних мышц тазового дна, а также для остановки мочеиспускания; – Учит пациента сокращениям мышц до и после мочеиспускания в течение 4 секунд, затем их расслабление повторяется 10 раз - 4 раза в день, или чаще, если это полезно; – Учит пациента остановке струи мочи во время микции и возобновление мочеиспускания несколько раз;

	– Учит пациента увеличивать емкость мочевого пузыря, подождав около 5 минут с момента ощущения мочеиспускания до момента его завершения.
Пациент должен быть психически уравновешенным	– Медсестра обеспечивает обстановку, в которой уважается частная жизнь пациента; – Поощряет пациента выразить свои чувства по поводу проблемы; – Проявляет сочувствие, терпимость, терпение, отвечает на ухаживания – Дает симптоматические лекарства по предписанию врача.

Диарея

Ускоренный кишечный транзит вызывает диарею. Когда количество стула слишком велико, происходят значительные потери воды и электролитов, вызывая водно-электролитный дисбаланс и длительную диарею.

1. Детерминанты:

- усиление перистальтики кишечника;
- повышенная кишечная секреция;
- уменьшение резорбции;
- ошибки в питании;
- стресс;

2. Триггеры:

- нервные причины;
- воспалительные причины;
- кишечное содержимое с возбуждающим эффектом (химическим или механическим);

Проявления зависимости

Частота	большое количество за 24 часа: – 3-6 стулов в день при энтеритах и энтероколитах, – 20-30 стулов/день при дизентерийном синдроме; – 80-100 стульев/день при холере;
Последовательность	– Низкий, мягкий, кашицеобразный, полужидкий стул; – водянистая, после солевых пургенов;
Количество	– увеличивается при ахлоргидрической желудочной диарее; – низкий, очень низкий при дизентерии, 10-15 г.

Цвет	– Золотисто-желтый, при диарее (в зависимости от скорости кишечного транзита, билирубин не успевает снизиться, из-за ускоренного кишечного транзита); – зеленый, когда билирубин окисляется в толстом кишечнике; – Глиноподобный беловатый цвет – механическая желтуха, обусловленная недостатком желчных пигментов; хронический панкреатит, вызванный большим количеством непереваренного жира; – гиперкологоритный – темно-коричневый = гемолитическая желтуха; – темно-синий, мягкий и блестящий = кровоизлияния в части верхнего отдела пищеварительного тракта; – Стул, смешанный со свежей кровью = кровоизлияния в нижнем отделе пищеварительного тракта;
Запах	В зависимости от процессов ферментации и гниения в толстом кишечнике: – кислота = чрезмерное брожение; – гнилостный = преувеличенное гниение; – прогорклый = непереваренные жиры (стеаторея); – очень фетид = рак толстой и прямой кишки; – испорченная капуста = заражение колибактериями;
Отличительный внешний вид с аномальными элементами	Похоже на: – Дынный сок или чечевичный суп = брюшной тиф; – Рисовые соды = отравление, лямблии, холера; – Коровьи экскременты = при колите; Содержащие патологические элементы: – Слизь, гной, кровь = язвенный колит, рак прямой кишки или кишечника, дизентерия; – Непереваренная мышечная ткань = креаторея – при желудочной ахилии, хроническом панкреатите; – Стул с кишечными паразитами или яйцами паразитов;
Судороги	– Болезненные, произвольные сокращения брюшных мышц
Колики	– Боль, вызванная преувеличенными перистальтическими движениями
Местная боль	– боль в заднем проходе и раздражение перианальных мышц
Признаки обезвоживания	– Сухость кожи и слизистых оболочек, усталость, слабость; – тошнота и рвота.

Запор

Запор характеризуется редкими стулом, раз в 2-4 дня, или более редким - иногда даже в регулярном ритме; но с интервалами, физиологические. Фекалии имеют обычную консистенцию, небольшой объем, без остатков перевариваемой пищи. Запор может иметь

функциональные (случайные или привычные), механические (стеноз кишечника, рак толстой кишки), нарушения деятельности сигмовидной кишки или быть симптоматическим (при тазовых, желудочно-кишечных, пищеводных, эндокринных заболеваниях). Образ жизни, недостаточная гидратация, диета с низким содержанием остатков, некоторые лекарства, сильные эмоции могут вызывать запоры.

Илеус характеризуется полным подавлением выведения фекалий и газов. Илеус может иметь функциональные причины, а именно: паралич мышц кишечной стенки, когда перистальтика прекращается, или спазм кишечной стенки, когда сокращения кишечника настолько сильны, что кишечник обездвижен в виде жесткой трубки. В этих случаях мы говорим о динамическом илеусе, в отличие от механического илеуса, который вызывается механическими причинами, такими как закупорка, кишечная непроходимость, удушение.

Проявления зависимости

Частота	– стул каждые 2-4 дня из-за задержки транзита; – полное подавление выведения фекалий и газов (илеус);
Часы работы	– потеря привычного графика эвакуации
Количество	– уменьшение запоров; – большие (несколько кг), при аномальном развитии толстой кишки (мегадолоклон);
Последовательность	– сухие, приподнятые (чешуйки, копролит)
Форма	– твердые шарики размером с оливку при спастических запорах; – обильные фекальные массы при атоническом запоре; – конгломерированная, многоглобулярная желчь, когда фекалии долгое время застаиваются в прямой кишке.
Цвет	– тёмный
Судороги	– болезненные, произвольные, преходящие, произвольные сокращения мышц живота
Погода	– скопление газа в кишечнике из-за недостаточного всасывания, избыточного газообразования, диеты, богатой целлюлазой, или аэрофагии;
Флатуленция	– частое выведение газов из кишечника
Пусть я	– болезненное ощущение при дефекации, без фекальных пробок
Фекалом	– скопление фекалий в прямой кишке
Анорексия	– отсутствие аппетита, неприязнь к еде

Головная боль	– локализованная боль в любой части головы
Раздражительность	– свойство легко раздражаться

Примечание: Патологические изменения стула у маленьких детей могут быть:

- слизисто-гранулированная - неоднородная полужидкая консистенция с твердыми частицами (гранулами). Слизь состоит из тягучей, студенистой субстанции.
- жидкие-полужидкие - имеют пенистый характер - из-за ферментативных процессов в кишечнике;
- слизисто-гнойный - выделяется гной, стул очень жидкий;
- слизисто-кровавый - содержащий кровь.

Вмешательства медсестры

Пациент с диареей или запором

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ, АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
У пациента кишечный транзит находится в физиологических пределах	➤ <i>при запорах</i> заставляет пациента глотать достаточное количество жидкости: – рекомендует продукты с высоким содержанием остатков; – Устанавливает с пациентом регулярное расписание выделений в зависимости от его активности; – Приучает пациента к регулярным физическим нагрузкам; – Отслеживает и отмечает в листе наблюдений консистенцию и частоту стула – При необходимости выполняет простую или масляную эвакуационную клизму; – слабительное по показаниям; ➤ <i>при диарее</i> подготавливает пациента к эндоскопическим исследованиям: – первые 24-48 часов диета заключается в гидратации; – Медсестра дает пациенту несладкий чай (мята, рожок, ромашка), морковный суп, рисовый сок; – Постепенно вводит небольшие количества нежирного отварного мяса, творога, поджаренного белого хлеба, протертых супов, овощей - через 4-5 дней переходите на более полноценное питание; – Применяет, по показаниям врача, симптоматические, спазмолитические, противомикробные, пищеварительные ферменты, седативные средства;
У пациента должны быть чистые и неповрежденные	– Очищает и вытирает насухо анальную область после каждого опорожнения кишечника; – Наносит защитные кремы;

денные слизистая и кожа перианальной области	– Очищает анус несколько раз в день и дезинфицируете 2-3% борной кислотой;
Пациент может удовлетворить свои другие основные потребности	– Обеспечивает постельный режим при изменении общего состояния; – Поддерживает постоянную температуру тела (происходит потеря энергии); – Согревает пациента с помощью грелок, одеял, электрических подушек; – Защищает постель с помощью непромокаемой ткани и покрывала; – Подает пациенту тазик;
Пациент должен быть сбалансирован по водно-электролитным показателям	– Гидратирует пациента перорально и с помощью инфузий, стремясь восполнить потери воды и электролитов; – Собирает кровь для анализа крови и кал для анализа кала; – Следит за жизненными и вегетативными функциями и отмечает их в листе наблюдений; – Рассчитывает, сколько жидкости поступает и вливается в организм, а сколько выводится.
Пациент должен быть психически уравновешенным	– Проявляет понимание и терпение, заботясь о скромности пациента; – Успокаивает и поощряет его выражать свои эмоции и чувства по поводу своего состояния.

Рвота

Под рвотой мы понимаем эвакуацию содержимого желудка через рот. Рвота (позыв к рвоте) - это рефлексорный акт, сосредоточенный в продолговатом мозге, и средством защиты от вредного для организма содержимого желудка. При рвоте одновременно сокращаются мышцы стенок желудка, мышцы живота и диафрагма. В то же время пилорус закрывается, и содержимое желудка под давлением достигает кардии, которая теперь открывается. Под действием внутрижелудочного давления содержимое желудка попадает в пищевод, затем в глотку, язык оттягивается вниз, носоглотка и гортань закрываются, и содержимое желудка эвакуируется через рот. Рвоту не следует путать с регургитацией, которая представляет собой рефлюкс пищи из желудка или пищевода в рот, без тошноты и без сокращения мышц живота. Рвоту также не следует путать с рвотой - изгнанием

массивных скоплений гноя или экссудата через дыхательные пути, возникающих при абсцессе легкого, гидатидной кисте и т.д. Изгнание происходит взрывообразно и обильно.

Причинами рвоты могут быть:

- **Центрального (церебрального) происхождения** = бульбарный центр находится под прямым воздействием повышенного давления спинномозговой жидкости = повышенного внутричерепного давления (менингит, энцефалит, опухоли и т.д.). Они возникают без каких-либо усилий, им не чувство тошноты и изменение общего состояния.
- **Периферического происхождения** = возбуждение луковицы приходит с периферии. Оно бывает пищеварительного или мочеполового происхождения, инфекционных заболеваний, метаболических и эндокринных нарушений, химических агентов, лекарств и т.д.

Рвота периферического происхождения проявляется симптомами-предвестниками:

- тошнота;
- обильное слюноотделение;
- головокружение;
- тахикардия;
- головные боли.

Проявления зависимости

Частота	– периодически (пищевые отравления или острые инфекционные заболевания); – часто (пилорический стеноз); – непроизвольно (беременность и психические заболевания);
Часы	– утрення рвота (беременные женщины и алкоголики); – ранняя постпрандиальная (невропаты) или поздняя постпрандиальная (язвенники и рак желудка);
Количество	– обильная, при пилорическом стенозе (помимо съеденной пищи, происходит повышенная секреция желудочных желез и остатков предыдущих приемов пищи) – небольшая (несколько десятков мл);
Содержание	– еда; – слизистая, водянистая (у алкоголиков и беременных); – фекалоидная (кишечная непроходимость);

	– с желчью (холецис); – гнойная (флегмонозный гастрит); – кровавистая; Кровь может идти из: – желудка (язвы, рак желудка, хронический гастрит, отравление едкими веществами и т.д.); – соседние органы (легкие, пищевод, нос, десны и т.д.). Кровь проглатывается, а затем выводится с рвотой. В желудке кровь переваривается - появляется коричневатого-коричневое выделение цвета "кофейной гущи" (кофейных дрожжей). Этот цвет обусловлен гидрохлоридом гематина, который образуется из гемоглобина под воздействием соляной кислоты в желудке. Если кровотечение сильное, эвакуация содержимого желудка происходит быстрее, кровь не успевает перевариться, то рвота будет состоять из свежей красной крови.
Цвет	– зеленовато-желтый (рвота желчью); – красный (гематемезис); – грязно-желтый (окклюзии) – коричневый - похож на кофейную гущу (рак желудка);
Запах	– невыраженный, кислый, при гиперхлоргидрии; – фекалоидный (илеус); – прогорклый (желудочное брожение);
Сила проецирования	– внезапно, струйно, без усилий, без связи с едой, без тошноты - рвота при внутричерепной гипертензии;
Симптомы, сопровождающие рвоту	– боль в животе; – тошнота - слюнотечение; – головная боль; – холодный пот, тахикардия; – обезвоживание.

Вмешательства медсестры

Пациент с рвотой

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ, АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
Во время рвоты за пациентом должен быть обеспечен физический и психологический уход	– В зависимости от состояния пациента медсестра укладывает его в полуположаемое, сидячее или супинированное положение, с головой на одной стороне, ближе к краю кровати; – Успокаивает его психологически; – Помогает при рвоте и не пропускает продукты; – предлагает ему стакан воды, чтобы прополоскать рот после разлива; – По указанию врача даёт симптоматические препараты;

	– Исключает кормление через рот и кормит пациента парентерально, с помощью инфузий гипертонической глюкозы, гидролизатов белка, аминокислотных смесей, витаминов и электролитов;
Пациент должен иметь водно-электролитный и кислотно-основной баланс	– Корректирует электролитные нарушения и щелочной резерв; – Пероральная регидратация начнется медленно, с небольших количеств холодных жидкостей, предлагаемых по ложке; – Учитывает количество поступающей и выходящей жидкости; – Контролирует жизненные и вегетативные функции.

Неадекватные менструальные и вагинальные выделения

Менархе - это потеря крови через половые органы, которая происходит в конце каждого менструального цикла, если яйцеклетка не была оплодотворена (от полового созревания до менопаузы). Менархе, первая менструация, происходит между 11 и 14 годами и зависит от окружающей среды, климата, жизни на свежем воздухе. Железы слизистой оболочки половых органов выделяют небольшое количество жидкости, которая способствует процессу самозащиты половых путей от инфекции - физиологической лейкорее. Когда этот секрет становится обильным, он выходит наружу в виде раздражающих выделений разного объема - патологическая лейкорея.

Проявления зависимости

Аменорея	– отсутствие менструаций;
Дисменорея	– болезненные месячные;
Метрорагии	– Нерегулярные, ациклические кровотечения, возникающие между двумя последовательными менструациями;
Менорагии	– длительное менструальное кровотечение
Олигоменорея	– Длительные промежутки между менструациями
Полименорея	– короткие промежутки между менструациями
Гипоменорея	– уменьшенное количество
Гиперменорея	– увеличенное количество
Патологическая лейкорея	– вагинальные выделения от нескольких мл при окрашивании льна до 200-400 мл

Гидрорея	– Обильные вагинальные выделения: 200-400 мл
Цвет и внешний вид вагинальных выделений	– молочно-белый цвет при лейкорее у молодых женщин; – зеленовато-желтый, при гонококкозе; – водянисто-красный или коричневатый в опухлях – серозный, слизистый, слизисто-гнойный, гнойный;
Ритм кровотоков	– постоянная или спорадическая, особенно усталость

Вмешательства медсестры

Пациентка с недостаточными менструальными и вагинальными выделениями

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ, АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
Пациент испытывает чувство благополучия, комфорта и безопасности	– Обеспечивает постельный режим; – Проводит промывание влагалища антисептическими растворами (после сбора вагинальных выделений для бактериологического и цитологического исследования); – Накладывает впитывающую повязку и закрепляет ее в виде буквы "Т"; – Часто меняет повязку; – Обучает пациентку техникам релаксации; – При необходимости защитите постель покрывалом и подстилкой; – Снимает боли с помощью болеутоляющих средств;
Пациент должен быть психически здоров	– Успокаивает пациентку по поводу ее проблемы; – Объясняет цель вмешательств (осмотр половых органов, исследование влагалищных выделений, рентгенологические исследования); – Вводит седативные препараты по предписанию врача.

Диафорез. Обильное потоотделение

Потоотделение помогает выводить воду и отработанные продукты, такие как мочевины, аммиак, мочевая кислота и другие, тем самым дополняя почечную элиминацию. В чрезмерных количествах оно имеет патологическое значение и иногда может привести к обезвоживанию. Выделение пота зависит от ряда факторов: температуры окружающей среды, физических и интеллектуальных нагрузок, потребления жидкости, деятельности почек, физиологического

состояния организма. Потовые железы находятся под контролем симпатической вегетативной нервной системы, поддерживая терморегуляцию, испарение жидкости с поверхности кожи (при потоотделении), что способствует потере тепла; при испарении каждого мл пота, 0,58 кал.

Проявления зависимости

Перейти к	– более или менее регулярно
Количество	– 600-1000 мл/24 ч, в крайних случаях до 10 литров/24 ч
Локализация	– обобщенно, при повышении температуры окружающей среды - критическое значение для атмосферы; – локализуется на ладонях и подошвах (болезнь Базедова, хронический алкоголизм, рахит, СПИД, предклимактерические расстройства).

Вмешательства медсестры

Пациент с диафорезом

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ: АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
Пациент должен чувствовать себя хорошо, ему должно быть физически комфортно	– Помогает или сохраняет кожу пациента чистой и сухой; – Моет кожу, когда это необходимо; – Меняет постельное белье и нижнюю одежду; – Учит пациента носить хлопчатобумажные (впитывающие) носки и часто их менять; – Соблюдает строгую гигиену конвертов и межцифровых пространств; – Обеспечивает пациента легкой и удобной одеждой;
Пациент должен быть психически уравновешенным	– тактично и мягко просит пациента помыться; – Поощряет его выражать свои чувства по поводу проблемы зависимости;

Отхаркивание

Под отхаркиванием мы понимаем удаление мокроты из дыхательных путей. Мокрота - это совокупность веществ, выводимых из дыхательных путей при кашле. В физиологических условиях выстилка дыхательных путей выделяет лишь небольшое количество слизи, которая необходима для защиты внутренней поверхности органов дыхания от сухости и вредного воздействия воздуха и пыли. Эта слизь не выводится из организма и не вызывает кашель. При патологических состояниях в дыхательных путях скапливается различное количество мокроты, которая действует как инородное

тело и вызывает кашель. Мокрота состоит из секрета, транссудации и патологической экссудации слизистых оболочек бронхолегочной системы, десквамации легочного эпителия и дыхательных путей, продуктов распада легочной ткани и вдыхаемых инородных веществ. Слюна, носовые и глоточные выделения, а также носовые и глоточные секреты также добавляются во время фаринго- и ротовыделения.

Проявления зависимости

Цвет	– красный, кровавый, воздушный и пенистый – кровохарканье; – кровохарканье - полосатое, кровянистое; – ржавый (цвет сливового сока) - пневмония; – красновато-коричневый, когда кровь застывает в легких; – желатиновый красный цвет при раке легких; – розовый цвет при отеке легких; – зеленовато-желтый при легочном нагноении; – белый или серо-белый, при воспалении бронхов и бронхиальной астме; – при инфаркте легкого.
Запах	– фетидный при расширении бронхов, туберкулезных пещерах; – проникающий фетидный при гангрене легких; – запах земли или влажной соломы при легочном нагноении;
Консистенция	– Пенистая; – аэрированная; – желатиновая – вязкая; – жидкая;
Форма	– жемчужная, при бронхиальной астме; – в легочных полостях; – отдельные сероватые массы в слюне; бронхиальные плесени;
Вид	– слизь при бронхиальной астме, воспалении бронхов; – Гнойный при легочных нагноениях; – слизисто-гнойный; – серьезный отек легких – псевдомембранозный, при дифтерии гортани; – кровавый, при отеке легких, раке, инфаркте легкого;

Количество	– 50-100 мл/24 часа, при бронхите, пневмонии, туберкулезе; – до 1000 мл/24 часа, при бронхоэктазах, туберкулезном каверните, гангрене легких и отеке легких – Рвота - удаление большого количества гноя или экссудата (при абсцессе легкого, гидатидной кисте);
-------------------	---

Вмешательства медсестры

Пациент с отхаркиванием

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ: АВТОНОМНЫЕ И ДЕЛЕГИРОВАННЫЕ
Пациент не должен стать источником нозокомальных инфекций	– Учит пациента отхаркивать, кашлять с закрытым ртом, научите его не глотать мокроту, собирать мокроту в плевательницу (продезинфицированную раствором лизола, фенола 3%); – Не брызгать; – Не бросать посторонние предметы в плевательницу; – Чистит рот и зубы с помощью тампонов; – Опорожняет и очищает плевательницы после дезинфекции; – Обращается со слюной осторожно, моет и дезинфицирует.

7.4 Движение и хорошая осанка

Автор: Галина Бута

Определение ПОТРЕБНОСТЬ В ДВИЖЕНИИ - это потребность человека быть в движении, мобилизовать все части тела с помощью скоординированных движений, удерживать различные сегменты тела в позе, обеспечивающей комфорт и телесные функции.

Сохранение независимости движений тела и хорошей осанки определяется целостностью опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. Благодаря описанным выше компонентам человек может поддерживать:

- стабильность, независимо от позиции;
- равновесие в состоянии покоя или движения;
- соотношение между организмом и внешней средой;
- соотношение между мышечной массой и подвижностью суставов;

- соотношение верхних конечностей;
- соотношение нижних конечностей;
- соотношение между верхними и нижними конечностями.

Эта потребность строго связана с потребностью в хорошем кровообращении. Движение и физическая активность способствуют и обуславливают циркуляцию крови. В классификации потребностей Вирджинии Хендерсон кровообращение стоит рядом с потребностью двигаться. Однако, учитывая физиологическую связь между кардио-респираторной функцией, некоторые люди предпочитают связывать функцию кровообращения с потребностью дышать.

МОБИЛЬНОСТЬ – это способность человека свободно двигаться, координировать свои движения.

Мы выделяем следующие типы соответствующих движений:

- *Рефлекс* – организм реагирует на травмирующий агент (перегретый предмет);
- *Автоматические* – подавляющее большинство двигательной активности человека;
- *Добровольные* – сложные, предварительно запомненные в коре головного мозга, основанные на визуальных и кинестетических представлениях;
- *Абдукция* – перемещение сегмента тела в сторону от средней линии;
- *Аддукция* – приближение сегмента к средней линии;
- *Сгибание* – сведение двух сегментов руки/предплечья или ноги/бедра вместе;
- *Удлинение* – удаление двух сегментов рука/предплечье или нога/бедро;
- *Вращение* – движение сустава вокруг своей оси;
- *Пронация* – вращательное движение руки, при котором ладонь обращена вниз; вращательное движение нижней конечности, при котором подошва нижней конечности обращена вбок, а внешний край - вниз;
- *Супинация* – вращательное движение руки, при котором ладонь обращена вверх; вращательное движение нижней конечности,

при котором подошва обращена медиально, а внутренний край приподнят;

- *Циркумдукция* – сложное движение, сочетающее в себе сгибание, разгибание, абдукцию и вращение;
- *Активные* – создаются самим человеком;
- *Пассивные* – выполняются другим человеком, чтобы помочь человеку;
- *Под влиянием мышечных сокращений: изометрических* – длина мышцы остается неизменной, увеличивается только напряжение (например, сокращение мышц для поддержания позы головы) и *изотонических* – тонус мышцы повышается, длина мышцы изменяется;
- *согласованные; гармоничные; полные* – в соответствии с характеристиками упражнений.

Сохранение осанки, изменение положения, выполнение волевых движений, способность к самообслуживанию и самостоятельность движений – вот составляющие хорошей осанки и движения.

Правильная **ОСАНКА** – это функция человеческого тела, основанная на синергетическом и скоординированном действии элементов опорно-двигательного аппарата, нервной системы и вестибулярного аппарата, которые поддерживают стабильность, баланс и постоянные отношения между различными сегментами тела и окружающей средой. Кости действуют как рычаги, играя фундаментальную роль в реализации движений. Мышцы действуют благодаря своим свойствам возбудимости, сократимости и эластичности. Вестибулярный аппарат поддерживает статическое и динамическое равновесие тела. Нервная система, мозжечок, вместе с вестибулярным аппаратом, способствуют регуляции равновесия, мышечного тонуса и тонких движений.

Правильная осанка или позиция означает сохранение правильного соотношения между различными частями тела:

- *Ортостаз (стоя)*: голова прямо вперед, спина прямая, руки по бокам тела, бедра, икры прямые, нога под прямым углом к икре

- *Сидя*: голова прямо, спина прямая, руки поддерживают, бедра горизонтальные, бедра вертикальные, ноги вертикальные, стопа под углом 90^0 с икрой, опора на пол и *полусидя*: лежа на спине, грудная клетка образует угол $30-45^0$ с горизонтальной линией;
- *Клиностазм (лежа)*: дорсальный декубитус (на спине), левый или правый латеральный декубитус (на одном боку), вентральный декубитус (на животе).

Факторы, влияющие на удовлетворение потребности двигаться и иметь хорошую осанку:

1. Биологические факторы:

➤ *возраст и физическое развитие:*

- Движения малыша менее скоординированы, но по мере взросления он обретает контроль, становится очень активным и иногда принимает причудливые позы;
- Взрослый активен в полную силу, придает движениям гибкость и координирует их;
- У пожилых людей снижается физическая сила, уменьшается подвижность, но они остаются активными в умеренных движениях;

➤ *физические возможности и тип конституции:*

- влияет на движение с точки зрения интенсивности физических усилий, прилагаемых человеком;
- зависит от врожденных и приобретенных физических способностей;
- нормотензивный, гипертензивный и астенический конституциональный тип зависит от возраста и пола;

2. Физические факторы:

- *Переломы, вывихи, растяжения, вывихи*: боль, нарушение опорно-двигательного аппарата;
- *Инсульт, паралич*: мышечные спазмы, изменения в работе нервных центров;
- *Бинты, гипсовая повязка, непрерывное вытяжение*: препятствия для движения;

- *Заболевания*: серьезные органические или функциональные, инфекции;
- *Метаболические проблемы*: избыточный вес/потеря веса;
- *Нарушение выделения*: блокировка прохождения воздуха, пищи, фекалий;
- *Факторы окружающей среды*: температура, влажность, погодные условия, циркадный ритм, например, физическая активность ниже утром;
- *Долгосрочный принудительный труд*: путешествия, условия труда;

3. Психологические факторы:

- *Эмоции*: эмоциональные и интеллектуальные состояния, выраженные через движения тела;
- *Личность и темперамент*: определяют, является ли человек активным, спокойным или пассивным;
- *Стресс, беспокойство*: может вызвать гипервентиляцию;
- *Нарушения мышления, страх*: изменение движений, позы;
- *Анорексия, отвращение к определенным продуктам*: вызывает изменения в осознании необходимости двигаться и иметь хорошую осанку;
- *Кризисные ситуации, изменение схемы тела, траур*: выражается в произвольных движениях тела;

4. Отношенческие, культурные и экономические факторы:

- *Культурный*: люди физически активны в зависимости от общества, в котором они живут;
- *Социальные роли*: новая работа, безработица, семейная роль;
- *Социальная организация*: в каждом обществе существуют законы и правила, позволяющие человеку сохранить свое здоровье, даже если он прилагает усилия/напрягается. В обществе организуются мероприятия, чтобы люди могли активно проводить свой досуг.
- *Традиции*: человек может занимать общепринятые позиции/позиции, связанные с традициями;
- *Неудачи, трудности в общении, проблемы с адаптацией к той или иной культуре*;

- *Чувство отверженности, социальной изоляции и т.д;*
- *Узнайте себя, окружающих Вас людей, обстановку;*
- *Семейный климат: во время еды, во время отдыха;*
- *Привычки питания: семейные или культурные;*

5. Духовные факторы:

- *Духовные устремления: движения и позы, характерные для религиозных ритуалов/обрядов;*
- *Бунт человека по поводу смысла жизни;*
- *Религиозные, философские вопросы;*
- *Ограничения в религиозной практике, которые вызывают у человека неудовлетворенность;*

6. Факторы, связанные с недостаточными знаниями о:

- *о здоровье и болезни;*
- *окружающих людях;*
- *социальном окружении.*

Проявления самостоятельности в потребности двигаться и иметь хорошую осанку

Это физиологическое и психологическое равновесие, которое человек без помощи другого человека принимает для удовлетворения потребности двигаться и иметь хорошую осанку. Для детей независимость - это когда потребности удовлетворяются с помощью других/другими людьми в зависимости от стадии роста и развития ребенка.

Вмешательства медсестры для поддержания самостоятельности движений и хорошей осанки:

- Определяет вместе с пациентом потребности в физических упражнениях;
- Составляет вместе с пациентом программу упражнений, соответствующую возрасту и физическим возможностям пациента, учит пациента практиковать техники движения и релаксации;
- Учит пациента избегать травм, курения, тяжелой пищи, алкоголя.

Медсестра не всегда может напрямую повлиять на проблемы, порождаемые культурными и экономическими факторами взаимоотношений, но она должна уметь распознать их и помочь пациенту. Источники трудностей включают в себя проблемы социализации и общества, возникающие у человека по отношению к своему окружению, партнеру, семье, друзьям, коллегам по работе и т.д. Социальные источники трудностей могут влиять на качество жизни (с последствиями для всех потребностей) и могут быть источниками стресса, депрессии, недоедания и т.д. У человека, который не может двигаться, будет плохой аппетит, сниженная жизненная емкость легких, замедленная моторика кишечника, низкий психологический тонус и нарушенный гомеостаз физиологических и психологических процессов. При недостатке знаний действия медсестры могут быть направлены непосредственно на источник трудностей путем соответствующего обучения (воспитания) пациента. Бывают ситуации, когда медсестра не может воздействовать на источник трудностей. Например, интеллектуальная недостаточность или ампутация нижних конечностей. Но есть ситуации, в которых вмешательство медсестры может быть на обоих уровнях: например, пациент в гипсе из-за иммобилизации (медсестра работает с раной и источником трудностей, изменяя положение пациента).

Зависимость - это неспособность человека самостоятельно, без помощи другого человека, принимать поведение или выполнять действия, которые позволяют удовлетворить потребность двигаться и иметь хорошую осанку на приемлемом уровне. Причиной зависимости пациента является недостаток сил (не могу), недостаток воли (не хочу), недостаток знаний (не знаю, как), чтобы двигаться и иметь хорошую осанку. Медсестра, в соответствии со своей компетенцией, будет наблюдать за неспособностью пациента выполнить потребность двигаться и иметь хорошую осанку. При необходимости она обратит внимание на компетентность других специалистов, с которыми ей предстоит работать во взаимозависимости. Понятие "приемлемый уровень удовлетворения потребностей" означает, что может существовать некоторая степень неудовлетворенности, не

подразумеваю при этом зависимости. Например: человек является независимым, если он использует приспособление, устройство, протез (трость, костыль, протез и т.д.) соответствующим образом, без помощи другого человека, что позволяет ему чувствовать себя хорошо, и поэтому он независим. Зависимость возникает, когда человек вынужден полагаться на другого человека, чтобы передвигаться, использовать приспособление, вспомогательное устройство или протез. Считается ошибочным называть пациента "зависимым", поэтому предпочтительнее говорить "проблема зависимости".

Проявления зависимости. Когда фундаментальная потребность двигаться и иметь хорошую осанку не удовлетворяется из-за источника трудностей, возникает одно или несколько проявлений зависимости. Это *заметные* признаки определенной неспособности человека самостоятельно удовлетворять эту потребность. Зависимость человека от потребности двигаться и иметь хорошую осанку следует оценивать по ее интенсивности и продолжительности (дни, годы). Таким образом, зависимость может быть: умеренной или полной, временной или постоянной.

Мы различаем 4 (четыре) категории зависимости человека:

1. самостоятельный пациент;
2. пациент с умеренной зависимостью;
3. пациент с серьезной зависимостью;
4. пациент с полной зависимостью.

Определение и документирование уровня зависимости позволяет оценить вмешательства по уходу. Пациент может быть биологически, психологически, социально, культурно и духовно зависим. Мы выделяем 4 вида зависимости:

- потенциальная;
- текущая;
- убывающая;
- постоянная.

Каждая зависимость имеет 3 уровня вмешательства: первичная профилактика, вторичная профилактика и третичная профилактика. Источниками трудностей могут быть физические, психологические,

социокультурные, экономические, духовные и факторы, связанные с недостаточными знаниями.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ДВИГАТЬСЯ И ИМЕТЬ ХОРОШУЮ ОСАНКУ

Проблемы с зависимостью:

- ✓ неподвижность;
- ✓ гиперактивность;
- ✓ нескоординированные движения;
- ✓ неправильная осанка;
- ✓ неправильное кровообращение.

НЕПОДВИЖНОСТЬ - это снижение/ограничение подвижности человека для выполнения физической, умственной и социальной деятельности. Иногда неподвижность может быть рекомендована в качестве терапевтического метода во время выздоровления или может быть вызвана травмой, органическими или функциональными заболеваниями и/или хирургическим вмешательством.

Формы неподвижности:

- *Социальная*: прерывание или отказ от социальной активности из-за эмоциональных или физических проблем;
- *Эмоциональная*: стрессовые факторы превышают возможности человека в плане активности и мобильности;
- *Физическая*: нарушения суставов, костей, скелетных мышц, проявляющиеся болью, усталостью, слабостью, вызывающие частичную или полную неподвижность;
- *Временная*: терапевтическое ограничение движений на различный срок, вызванное травмой, органическими или функциональными заболеваниями и хирургическим вмешательством;
- *Постоянная*: неподвижность не может быть компенсирована, пациенту требуется трость, костыль, протез или другая опора;
- *полный/неполный*: отсутствие движения;
- *Частичная*: неподвижность конечности или части тела;
- *Прогрессирующая*: мышечные дистрофии, рассеянный склероз, артриты, миелопатии;

- *добровольное ограничение из-за образа жизни.*

Постельный режим - это термин, используемый для обездвиженных пациентов, которые могут оставаться в кровати, на стуле, в кресле в зависимости от степени иммобилизации.

Источники трудностей, приводящие к неподвижности/иммобилизации:

- Инсульт, связанный с мышечной гипотрофией/атрофией;
- Травмы, повязки, гипс, непрерывное удлинение;
- Переломы, растяжения, вывихи, связанные со снижением мышечной силы;
- Боль: хронические остеоартикулярные патологии с анкилозированием и тугоподвижностью суставов;
- Осложнения со стороны пищеварительной системы: несбалансированное питание с гипо-питанием, анорексия или булимия;
- Физический недостаток, инвалидность, отсутствие конечности;
- Расстройства мышления, беспокойство, стресс, потеря, разлука;
- Неудачи, социальная изоляция/теснота с отсутствием личного пространства, агрессия, депрессия;
- Отсутствие интереса к упражнениям, чувство вины, неэффективное общение;
- Отсутствие ответственности за собственное здоровье;
- Недостаток самосознания, недостаток знаний о персонале, недостаток знаний об окружающей среде;
- Анемия, декомпенсированные хронические заболевания, связанные с ортостатической гипотензией, нарушение равновесия;
- Неудобное положение, сдавливание нервов или недостаток кальция;
- Варикозная болезнь/послеоперационные состояния, отек нижних конечностей, боль;
- Сложные органические заболевания с длительной иммобилизацией;
- Бесконтрольный прием лекарств (болеутоляющих, седативных, транквилизаторов);
- Патологии, сопровождающиеся застоем мочи, запорами, катетерами, запорами;

- Серьезное заболевание/раковое заболевание с госпитализацией иммобилизацией/сниженной физической активностью;
- Венозный тромбоз, варикозная болезнь, патология периферических артерий.

Проявления зависимости в неподвижности:

- *Трудности с передвижением*: вставать, садиться, ходить;
- *Снижение или отсутствие движений*: парезы, параплегии (моно-, пара-, тетрапарезы или параличи);
- *Мышечная контрактура*: непроизвольное/постоянное сокращение мышц;
- *Мышечная гипотония/атония*: снижение мышечного тонуса;
- *Мышечная гипотрофия/атрофия*: уменьшение объема и тонуса мышц;
- *Гипертрофия мышц*: увеличение объема и тонуса мышц;
- *Непроизвольное, постоянное сокращение одной или нескольких мышц*, которое вызывает неудобную позу;
- *Анкилоз*: замедление или невозможность движения в суставе;
- *Судорога*: непроизвольное, болезненное спазматическое сокращение одной или нескольких мышц (икророжных, ножных), вызванное неудобным положением, сдавливанием нервов или недостатком кальция;
- *Пролежни*: язвы/некроз тканей в результате местного дефицита питания, обычно из-за повреждения сосудов или постоянного сдавливания;
- *Снижение интереса*: психическое расстройство, которое вызывает отсутствие интереса к движению.

Вмешательства медсестры в работу с обездвиженным пациентом (автономные и делегированные)

1. *У пациента должен быть сохранен мышечный тонус и мышечная сила*:
 - Составляет программу исключений, в зависимости от причины обездвиживания и возможностей пациента;
2. *Пациент должен поддерживать целостность кожи и активность суставов*:

- Меняет положение пациента в постели каждые 2 часа;
 - Массирует участки, на которых есть риск образования пролежней, и припудривает их тальком;
 - Проводит или обеспечивает идеальную гигиену мест, подверженных чесотке;
 - Выполняет пассивные упражнения с интервалом в 2 часа;
 - Учит пациента правильной осанке и выполнению активных упражнений для мышц;
3. *Пациент должен поддерживать дыхательную функцию:*
- Учит пациента практиковать упражнения на глубокое дыхание;
 - Учит пациента кашлять и отхаркивать (выводить) выделения;
 - Даёт лекарства, прописанные врачом;
 - Выполняет постукивание по грудной клетке пациента;
 - Учит пациента бросить курить или уменьшить количество сигарет;
4. *Пациент должен быть психически уравновешен:*
- Психологически подготавливает пациента к выполнению любой техники ухода;
 - Дает пациенту уверенность в том, что его неподвижность - это преходящее состояние и что он сможет возобновить ходьбу/движение;
5. *Пациент должен удовлетворять другие базовые потребности:*
- Контролирует пациента в удовлетворении его потребностей;
 - Обслуживает пациента у постели, предоставляя ему все необходимое.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ проявляется в повышенном темпе движений и деятельности человека, вызванном эмоциональной нестабильностью и потерей идей. Синдром дефицита внимания и **гиперактивности** (СДВГ) - это недавно введенный термин, определяющий специфическое расстройство развития как у детей, так и у взрослых, заключающееся в дефектах поддержания внимания, контроля импульсов и регулирования уровня активности в соответствии с ситуационными требованиями.

Формы гиперактивности:

- гиперактивная реакция на внешние и внутренние раздражители у ребёнка;
- гиперактивность или синдром детской гиперактивности;
- минимальная дисфункция мозга;
- синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- гиперкинетическое расстройство поведения.

Источники трудностей, вызывающие гиперактивность:

- эндокринный дисбаланс;
- реакции на наркотики, алкоголизм;
- дряхлость, нарушения мышления;
- разлука, кризис, потеря;
- отсутствие самосознания.

Аддиктивные проявления гиперактивности:

- Говорит много и резко;
- Гиперактивные реакции на свет, слуховые раздражители и т.д.;
- Быстрые, частые, неосознанные движения;
- Непроизвольное сокращение одной или нескольких мышц (спазмы);
- Непроизвольные движения глаз, рта, руки или ноги (пятки);
- психотическое поведение, иногда с физической агрессией (гневом);
- Хорошее настроение (беспричинная эйфория);
- Самоагрессия (самоповреждение);
- Гетероагрессивность (бьёт других);
- Повреждение тканей (рубцы) в результате местного дефицита питательных веществ, обычно из-за повреждения сосудов или постоянного сдавливания.

Вмешательства медсестры для пациента с гиперактивностью (автономные и делегированные):

1. Пациент должен обладать безопасной, нормальной подвижностью:

- Устраняет раздражители из окружающей среды (обеспечивает полумрак в помещении, звукоизоляцию, минимизирует количество посетителей);
- Создает условия для теплых, расслабляющих ванн, расслабляющего массажа;

2. Пациент должен сохранять физическую целостность:

- постоянно следите за пациентом во избежание травм;
- удаляйте тупые предметы;
- Применяет физические ограничения там, где это уместно (ремни, смирительная рубашка);
- даёт лечение, назначенное врачом.

ОТСУТСТВИЕ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ - это трудность или неспособность человека координировать движения различных групп мышц.

Источники трудностей, которые вызывают нескоординированные движения:

- сенсорный дефицит, поражение центральной нервной системы (ЦНС), болезнь Паркинсона;
- водно-электролитный дисбаланс;
- побочные эффекты лекарств, наркотиков, алкоголя;
- беспокойное мышление;
- беспокойство, стресс;
- неизвестные условия работы/жизни;
- отсутствие/недостаточное знание себя и района.

Проявления зависимости в отсутствии координации движений:

- *Акинезия*: снижение/отсутствие добровольных движений
- *Атаксия*: нарушение координации активных волевых движений. Существуют "хореические движения", характеризующиеся быстрыми, беспорядочными, внезапными движениями переменной амплитуды в любой группе мышц. Они создают танцующую походку. На лице появляются гримасы, ригидное выражение.
- *Судороги*: повторяющиеся непроизвольные сокращения мышцы или группы мышц с последующим расслаблением;

- *Дрожь*: повторяющееся, произвольное дрожание части тела (рук, головы или всего тела);
- *Затруднения при переходе из положения стоя в положение сидя*;
- *Характерное выражение лица* - жесткое лицо;
- *нарушения походки*:
 - Медленная ходьба, усталость, с частыми остановками, сопровождающаяся астенией, болезнь Аддисона, миастения, пропульсивная ходьба;
 - Перемежающаяся хромота: мышечная боль (судороги, резь, покалывание или чувство усталости), преимущественно в икроножных мышцах, которая возникает при физической нагрузке и улучшается после периода отдыха. Возникает при облитерирующих артериопатиях.
 - Неустойчивая походка: непоследовательные движения, движения головой назад/вперед. Возникает при алкогольной или барбитуратной интоксикации;
 - Мозжечковая походка: неопределенная, широкая поддержка;
 - Нетерпеливая походка: маленькие шаги, тело наклоняется вперед. Встречается при болезни Паркинсона;
 - Сенильная походка, с мелкими, шаркающими, нетвердыми, неустойчивыми шагами - характерна для пожилых людей, пациентов с атеросклерозом и тех, кто страдает псевдобульбарным синдромом;
 - шаговая походка, эквин. Пациент касается земли кончиком стопы, а затем пяткой, как цирковая лошадь. Возникает при параличе мышц *pretibialis* и *peroneus* (из-за паралича седалищного нерва, наружного *popliteus*), при параличе ишиаса, полиомиелите;
 - Спастическая походка, обусловленная спастической гемиплегией: выведение ноги вперед в обходном движении (по дуге) из-за неспособности сгибать нижнюю конечность;
 - Неуклюжая походка - встречается при хорее;

- Анталгическая походка вызванная болью в нижних конечностях;
- Утиная походка. Встречается при тяжелых миопатиях.

Вмешательства медсестры для пациента с отсутствием координации движений (автономные и делегированные):

1. *Пациент должен быть психически уравновешен* - готовит психологически пациента к любой технике ухода (например, ЭЭГ); убирает раздражители из внешней среды; обеспечивает пациента телевизором, прессой, чтением;
2. *Мышечный тонус пациента соответствует выполняемой деятельности* - планирует вместе с пациентом программу активных и пассивных физических упражнений, упражнений для ходьбы в соответствии с возможностями пациента; учит пациента пользоваться различными вспомогательными приспособлениями для повседневной деятельности; помогает пациенту принимать теплые ванны, выполнять физические упражнения; при необходимости делает массаж конечностей пациента; принимает лекарства, назначенные врачом.
3. *Пациент должен удовлетворить все свои потребности* – помогает пациенту удовлетворить все его физиологические потребности.

НЕПРАВИЛЬНАЯ ПОЗА - это любая поза, которая не соответствует принципам анатомического положения тела и предрасполагает человека к различным деформациям.

Формы неправильной осанки:

- *Деформации позвоночника* (кифоз, лордоз, сколиоз)
- *Деформации нижних конечностей* (genu valgum; genu varum; equinus, talus, varus, valgus; плоскостопие);
- *Деформация тазобедренного сустава* (вывих);
- *Лечебные позы* (Тренделенбург, Фаулер, дренаж, "кошачья спина");
- *Патогномоничные позы* (опистотонус, плевростотонус, "поза петушка", кривошея).

Источники трудностей с плохой осанкой:

- Боль, вызванная некоторыми заболеваниями, одышка, проявляющаяся в усталости, мышечной слабости/сокращении;
- Длительная иммобилизация в постели, когда пациент не может самостоятельно менять положение и подвержен нарушениям целостности кожи, появлению точек давления, деформациям, легочным осложнениям;
- Профилактические меры для предотвращения осложнений (поднятие нижней конечности на подушку при тромбофлебите);
- Терапия, необходимая для заживления дефектов костной структуры (лечение переломов методом непрерывного вытяжения);
- Меры первой помощи (при острой постгеморрагической анемии);
- Сознательная/бессознательная реакция человека (поза "кок-кок" при менингите);
- Травмы костей и мышц, гипсовые повязки, шины, шины, препятствующие анатомической осанке;
- Тревога, стресс, кризисная ситуация, расстройства мышления;
- неадекватные условия труда;
- Недостаточное/недостаточное знание себя и района;
- положения во время эндоскопических исследований и т.д.

Источники трудностей, связанных с плохой осанкой:

1. *Мышечная усталость* - временное снижение мышечного тонуса, вызванное хроническими заболеваниями; временное снижение функциональной способности мышц как следствие длительной чрезмерной физической нагрузки
2. *Деформации позвоночника:*
 - Кифоз: отклонение позвоночника на разных уровнях с выпуклостью наружу (задней);
 - Лордоз: деформация позвоночника на разных уровнях с вогнутостью спереди (акцентирование искривления поясничных позвонков);
 - Сколиоз: боковая деформация позвоночника на любом уровне позвоночника.

3. *Деформации нижних конечностей:*

- genu valgum: колени вместе, стопы врозь;
- genu varum: колени врозь, стопы близко друг к другу;
- лошадиная стопа: опора на пальцы ног;
- таранная стопа: опора на пятку;
- варусная нога: опирается на внешнюю сторону;
- вальгусная стопа: поддерживается с внутренней стороны;
- плоская стопа: провалившийся плантарный свод;

4. *Деформации бедра* - вывих: головка бедренной кости выступает из тазобедренного сустава;

5. *Неподходящие (вынужденные) позы* для обследования: эндоскопическая, гинекологическая, ректоскопия;

6. *Терапевтические позиции* для вмешательства, для улучшения состояния пациента, для исцеления:

- положение Тренделенбурга: туловище, нижние конечности над головой (это положение обеспечивает циркуляцию крови к мозгу);
- поза Фаулера: полусидячее положение. Оно достигается путем поднятия спины и головы пациента под углом 45-60°. Колени могут быть согнуты или нет. Это положение используется для облегчения дыхания, дренажа и кормления.
- положение постурального дренажа;
- положение пациентов, обездвиженных в гипсовой повязке;
- положение "кошачья спина", лежа на боку, спина на краю кровати, бедра согнуты над животом, подбородок касается груди; показано при люмбальной пункции;

7. *Патогномоничные позиции* зависят от конкретного заболевания:

- опистотонус: дугообразное положение пациента, опирающегося на затылок (цефалическая конечность) и пятки, из-за длительного спазма мышц спины, тело находится в вытянутом состоянии (в тетаносе);
- плевростотонус: боковая, дугообразная поза тела, вызванная сокращением мышц одной половины тела, опирающаяся на

боковой край подошвы и плечо, тело находится в вытяжении (в тетаносе);

- поза "петушка", при которой голова сильно вытянута, а нижние конечности согнуты как в коксофemorальном, так и в коленном суставах (при менингите);
- кривошея: более или менее болезненная контрактура мышц шеи, которая ограничивает вращательные движения головы, наклоняет голову на одну сторону;

8. *Трудности с изменением положения*, когда пациент не может самостоятельно изменить положение:

- полулёжа (пациенты с одышкой);
- вентральный декубит (пациенты с плевритом).

Вмешательства медсестры для пациента с неправильной осанкой (автономные и делегированные):

1. *Пациента должен иметь соответствующую позу* – укладывает пациента в кровать, соблюдая анатомическое положение различных сегментов тела; использует вспомогательное и комфортное оборудование для поддержания анатомического положения.
2. *Пациента должен иметь положение, которое благоприятствует дыханию, кровообращению, дренажу бронхиальных выделений* - укладывает пациента с нарушениями дыхания (одышкой) в полусидячее положение; укладывает пациента с острой постгеморрагической анемией в положении Тренделенбурга; укладывает пациента с бронхиальными выделениями в положении постурального дренажа; использует оборудование для комфорта пациента в этих положениях.
3. *У пациента не возникает таких осложнений, как декубитные рубцы, анкилозы, контрактуры*: меняет положение пациента каждые 2 часа; проверяет состояние кожи в областях с костными выступами; массирует точки давления при каждой смене положения, выполняет простукивание грудной клетки; следит за гигиеной внутренних органов, постельного и нательного белья; выполняет пассивные и активные упражнения (при

необходимости); учит пациента правильному положению и следит за выполнением рекомендаций.

О нарушении кровообращения было рассказано в рамках вопросов, вызывающих зависимость: потребность в дыхании и хорошем кровообращении.

ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ С ДРУГИМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Невозможность удовлетворить потребность в движении и хорошей осанке влияет на другие фундаментальные потребности, такие как:

- Потребность в общении: неэффективное общение и изоляция из-за ограниченности движений или инвалидности.
- Потребность поддерживать температуру в пределах нормы: нарушение/невозможность двигаться и мобилизоваться, что приводит к уязвимости перед погодными факторами и гипо/гипертермии в результате иммобилизации.
- Потребность дышать: снижение рекреационной физической активности, двигательный дефицит, плохая осанка, что приводит к функциональным и дыхательным расстройствам.
- Потребность в еде и питье: повреждение целостности опорно-двигательного аппарата (перелом, ампутация и т.д.) или неврологическое расстройство с двигательным дефицитом (усиливающаяся боль при мобилизации) вызывает пищевой и водно-электролитный дисбаланс.
- Потребность в выделении: плохая мобилизация затрудняет перемещение в ванную/туалет. Длительная неподвижность в постели приводит к развитию расстройств мочеиспускания (недержание мочи и кала, литиаз мочи, хроническая инфекция мочевыводящих путей).
- Потребность во сне и отдыхе: снижение/невозможность мобилизоваться влияет на отдых и сон из-за недостатка активности, отсутствия физических усилий.

- Потребность быть чистым, ухоженным и защищать свою кожу: проблемы с зависимостями вызывают трофические расстройства кожи.
- Потребность одеваться и раздеваться: дискомфорт, вызванный болью при мобилизации, а также заболевания суставов ограничивают или делают невозможным самостоятельное одевание/раздевание.
- Необходимость избегать опасностей: неспособность поддерживать равновесие, ортостаз и нарушения походки создают потенциальный риск травмы при падении.
- Потребность жить в соответствии с собственными духовными представлениями: ограничение или отсутствие участия в религиозных службах, культурных мероприятиях, вызванное ограничением/невозможностью путешествовать.
- Потребность в самореализации: ограничение социальных забот и невозможность активно участвовать в профессиональной жизни из-за нарушения опорно-двигательного аппарата и инвалидности.
- Потребность в отдыхе: нарушение подвижности снижает возможность участия в рекреационных мероприятиях.
- Потребность в обучении: снижение/неспособность мобилизоваться заставляет пациента ограничить или отказаться от школьных занятий и интеллектуальной деятельности, а также не принимать инвалидность.

ОЦЕНКА И МЕТОДЫ УХОДА, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБНОСТЬЮ ДВИЖЕНИЙ И ХОРОШЕЙ ОСАНКЕ

Кровать для пациента

Удовлетворение потребности пациента в движении и хорошей осанке, будь то в больнице или дома, требует создания комфортных условий. Поскольку во время болезни и выздоровления пациенты проводят большую часть времени в постели, они должны обладать определенными качествами.

Характеристики кровати:

- Она должна быть удобной, с размерами, отвечающими требованиям комфорта как пациента, так и обслуживающего персонала: длина 2 метра, ширина 80-90 см, высота от пола до матраса 60 см.
- Давать пациенту возможность свободно передвигаться, не ограничивайте его движения, чтобы он мог встать с кровати, если это необходимо, чтобы он мог сидеть, удобно опираясь ногами о пол.
- Давать медсестре (или другому персоналу) максимально комфортно выполнять приемы ухода, исследования и лечения, быть простой в обращении и чистке, быть изготовлена из легкой металлической трубы (окрашенной в белый цвет) на роликах с шинами или на удобном подъемном устройстве с роликами.
- Бокс-пружина (основная часть кровати) должна быть изготовлена из нержавеющей проволоки, прочной, упругой, тугой, чтобы не провисать под весом пациента; слабые бокс-пружины дают пациенту вогнутую поверхность, что делает положение пациента утомительным.



Рис. 7.4. Модели медицинских кроватей.

Типы кроватей:

- *Односпальная кровать с цельным основанием;*
- *Односпальная кровать с подвижным подголовником, в которой цефалическая треть матраса может быть поднята под углом до 45°;*
- *Ортопедическая кровать с подвижным каркасом* - имеет каркас из нескольких частей, 3, 3 или 4, соединенных шарнирами; таким образом, пациента можно укладывать и поддерживать в различных положениях: полусидя с согнутыми ногами, Тренделенбург и т.д.;
- *Детская кровать, универсальная кровать* - подходит для большинства категорий пациентов;
- *Универсальная кровать для большинства категорий пациентов с подвижным основанием, где цефалическая треть основания кровати может быть поднята в наклонном положении до 45°;*
- *Кровать со специальным оборудованием* для ортопедического лечения: удлинение;
- *Кровать со съёмным ограждением, кровать, закрытая сеткой, кровать, используемая в отделении интенсивной терапии;*
- *Кровать для младенцев и детей ясельного возраста с подвижными поручнями, оснащенными устройствами безопасности;*

Аксессуары для кровати:

- *Матрас(ы):* состоят из одного/двух/трех кусков губки, которые легко чистить и дезинфицировать. Это могут быть резиновые или пластиковые матрасы, наполненные водой или воздухом (воздушные матрасы с отделениями). Их преимущество в том, что они позволяют последовательно надувать отсеки по мере необходимости (для предотвращения пролежней).
- *Подушки* (на одного пациента необходимо две подушки) - размер подушек: 50 см в ширину и 70 см в длину, наполненные губкой или пухом.
- *Одеяло* из мягкой шерсти, легко моющееся.
- предпочтительно *постельное белье* с как можно меньшим количеством швов. Необходимое постельное белье: две простыни (или простыня и конверт), две наволочки, наволочка, болстер или

наволочка, пододеяльник. Бесшовная, цельная простыня размером 2,60 м х 1,50 м, чтобы ее можно было надежно закрепить под матрасом. Простыня будет сделана из резины или пластика, чтобы защитить матрас от различных видов фекалий. Она используется только для некоторых пациентов; размер 1,50 м х 1,10 м. Чехол из холста той же длины, но на 15-20 см шире, чем наматрасник, чтобы идеально его покрыть. Наволочки из того же материала, что и остальное постельное белье, с отверстием внахлест.

- *Вспомогательное оборудование:* при необходимости пациенты используют опору для подушки, опору для ног, боковую опору, опору для кровати или обертывания; столы, приспособленные к кровати, перила, крючки для облегчения активной мобилизации.

Подготовка и смена постели.

Подготовка кровати без пациента.

Необходимые материалы: простыня, простыня-конверт, две наволочки, одно одеяло, две подушки. Выполнение: уберите прикроватную тумбочку. Поставьте стул со спинкой в конце кровати. Разложите чистое постельное белье, подушки и одеяло, сложенные правильным образом, на стуле в порядке использования. Простыня кладется в центр матраса; разверните ее и расправьте одну сторону простыни по направлению к изголовью кровати, другую - к противоположному концу. Вставьте простыню глубоко под матрас с обоих концов. Угол выполняется так: человек, сидящий лицом к изголовью кровати, рукой, находящейся рядом с кроватью, берет за край простыни на расстоянии от угла, равном длине свисающей части, и поднимает ее вверх рядом с матрасом (над матрасом). Часть простыни под нижним краем матраса вставляется под матрас. Затем опустите поднятую часть простыни. Вставьте часть простыни, которая свисает под нижним краем матраса, под матрас. С тремя другими углами проделайте ту же процедуру. Затем вставьте всю сторону простыни под матрас. Начиная с углов матраса, растяните простыню так, чтобы не было складок. Если необходимо, подложите муслин (поперек центра кровати) и накройте его наматрасником. Затем

положите вторую простыню поверх одеяла; загните край простыни по направлению к голове поверх одеяла. Чтобы одеяло не отягощало пальцы ног пациента, на простыне и одеяле делается складка. Ладонь руки, обращенной к ногам, кладут на одеяло, а другую руку подкладывают под простыню, поднимая простыню и одеяло над противоположной ладонью, образуя складку. Затем заправьте простыню и одеяло под ножной конец матраса и сложите углы, используя описанную выше процедуру. Если вместо простыни используется конверт, то одеяло вставляется в конверт, сложив его по длине. Поместите вставленные подушки в чистые наволочки.

Смена постельного белья с пациентом в постели. Смена постельного белья с пациентом в постели происходит в тех случаях, когда общее состояние пациента не позволяет встать с кровати.

Цели для пациента и медсестры: Пациент должен представлять: состояние благополучия, физического и душевного комфорта и состояние постоянной гигиены. Для медсестры это возможность пообщаться с пациентом (вербально, невербально), дать пациенту возможность выразить свои чувства, облегчить его душевное состояние. Выполняя эту процедуру, медсестра имеет возможность наблюдать за пациентом и мобилизовать его, чтобы предотвратить кожные осложнения. Медсестра обеспечит соответствующие условия гигиены, расслабления и отдыха.

Смена постельного белья с пациентом в постели обычно производится утром, перед уборкой, после измерения температуры, пульса и туалета пациента, но при необходимости может производиться несколько раз в день. Процедура смены белья проводится в 2 приема, с учетом общего состояния пациента и возможности его передвижения. Так, если пациент может поворачиваться в положении боковой декубитуса, смена постельного белья производится по всей длине кровати. Когда пациента можно поддерживать в сидячем положении, смена постельного белья производится по ширине кровати.

Необходимые материалы: те же, что и для подготовки кровати без пациента, кроме того, нам понадобится сетка для мешка с бельем, если необходимо, чистое белье и материал для мытья пациента, если

это необходимо. Постельное белье раскладывается на стуле в порядке очередности, складывается следующим образом: одеяло и простыня под одеялом складываются вдвое, в виде гармошки. Наматрасник сворачивается вместе с муслином либо по ширине, либо по длине. Простыня сворачивается в длину (при смене постельного белья в длину) и в ширину (при смене постельного белья в ширину). Окружающая среда: избегайте сквозняков, обеспечьте конфиденциальность пациента, защитив его от посторонних глаз. Асептические меры, включая мытье рук. Пациента информируют о процедуре. Он успокаивает себя тем, что маневр будет проведен мягко, что его не будут двигать без необходимости, что маневр не причинит ему боли. Медсестра просит пациента или его/ее спутника о сотрудничестве.

Процедура (выполнение): Смена белья производится по всей длине кровати и всегда требует участия двух медсестер. Пациента поворачивают в боковой декубитус. Две медсестры сидят по обе стороны кровати. Пациент остается укрытым до тех пор, пока не будет заменена простыня под одеялом. Края испачканной простыни вывязываются из-под матраса по всему периметру. Уложите пациента в боковой декубитус к краю кровати. Медсестра с правой стороны обхватывает пациента в правой подмышке правой рукой. Осторожно приподнимите его. Левую руку положите ему под плечи, упираясь головой в предплечье. Затем правой рукой (вынутой из подмышки) осторожно тянет подушку к краю кровати; пациент также слегка перемещается в том же направлении. Затем он кладет правую руку на колени пациента, просовывает левую руку под колени пациента, слегка касаясь их, а правой рукой осторожно сгибает икры пациента на бедрах. Из этого положения поверните пациента в правосторонний декубитус, поддерживая его в области лопаток и коленей. Пациент остается укрытым. Медсестра с левой стороны скатывает простыню вместе с муслином и загрязненным бельем на спину пациента; рулон загрязненного белья теперь находится рядом с рулоном чистого белья.

На свободной половине кровати разверните чистую простыню, муслин и заранее приготовленный наматрасник. Расстелите чистую

простыню на свободной половине кровати и положите нарядную подушку перед чистой подушкой, затем очень осторожно уложите пациента в положение супина, поддерживая его в области лопаток и ниже коленей. Чтобы вернуть пациента в левостороннюю декубиту, медсестра с левой стороны действует так же, как и в случае с правосторонней декубитой. Она берет пациента за левую подмышку, осторожно приподнимает его, просовывает правую руку под плечи, упирает голову в предплечье и, следуя той же процедуре, поворачивает пациента в левостороннюю декубиту, выводя его за пределы двух валиков с бельем. Медсестра перекачивает загрязненное белье дальше на правую сторону и снимает его, помещая в мешок для белья. Затем она разворачивает чистое белье и хорошо его расправляет. Пациент возвращается в положение лежа, поддерживаемый двумя медсестрами. Затем углы переворачиваются по знакомой технике, и простыня под одеялом меняется. Одеяло над пациентом складывается вдвое и кладется на стул. Пациент остается накрытым простыней, которая использовалась ранее. Поверх нее медсестра кладет чистую простыню, сложенную в три раза в форме гармошки, так, чтобы один из свободных краев доходил до подбородка пациента. Две медсестры, находящиеся по обе стороны кровати, берутся одной рукой за нижние углы чистой простыни, а другой - за верхние углы испачканной простыни и движением в направлении ног пациента снимают испачканную простыню и одновременно накрывают пациента чистой простыней. Положите одеяло поверх простыни, поверните головной край поверх одеяла и продолжайте раскладывать постель. Сложите одеяло вместе с простыней над пальцами ног пациента.

Другой метод смены постельного белья с больным в постели используется, когда пациента можно уложить в сидячее положение. В этом случае белье меняют по всей ширине кровати. Подготовка (скатывание, складывание) постельного белья была описана выше. Эта процедура также выполняется двумя людьми: один поддерживает пациента, другой скатывает испачканное белье, укладывает и разворачивает чистую (ранее подготовленную) простыню. **ВНИМАНИЕ!** После каждой процедуры медсестра должна

убедиться, что пациент чувствует себя максимально комфортно. В некоторых случаях постельное белье может потребоваться менять несколько раз в день, не меняя простыню. Смену постельного белья можно проводить, следуя той же процедуре перемещения пациента, которая описана выше, или используя один из следующих двух методов:

1. **Метод подъема пациента с помощью плеча.** Этот метод выполняется с помощью двух медсестер: медсестры сидят по обе стороны кровати, лицом к тазу пациента. Они укладывают пациента в сидячее положение в соответствии с известными методами. Обе медсестры сгибают позвоночник в сторону пациента (не приседая). Они пытаются расширить базу опоры, разводя ноги в стороны и слегка сгибая колени. Медсестра с правой стороны упирается правым плечом в правую подмышку пациента. Медсестра с левой стороны фиксирует свое левое плечо в левой подмышке пациента так, чтобы руки пациента лежали на спине медсестры. Затем медсестры стараются ввести свое предплечье (из верхней конечности, плечо которой зажато в подмышке) как можно дальше под бедро пациента. Свободная рука медсестры опирается на поверхность кровати над пациентом, обеспечивая дополнительную опору (точку опоры) при подъеме. По команде одной из медсестер пациента поднимают, постепенно поднимая позвоночник и перенося вес на ногу, находящуюся на цефалической стороне кровати. Когда пациент садится, медсестры снова сгибают колени, тем самым опуская позвоночник и устраивая пациента поудобнее.
2. **Другой метод подъема, используемый, когда пациент не в состоянии сотрудничать.** Медсестры, сидящие по обе стороны кровати, наклоняются к пациенту, держа позвоночник прямым, расширяя основание опоры за счет разведения ног. Руки с цефалической стороны кровати располагаются вокруг спины пациента, как можно ближе к линии таза. Руки с ног подводятся под сидячее положение пациента, руки медсестер сведены вместе. Пациента просят скрестить руки на груди. По команде одной из медсестер пациента поднимают, постепенно поднимая позвоночный столб и

переноса вес на ногу в сторону цефалической части. Мы подчеркиваем важность сгибания коленей при опускании позвоночника, держа спину прямой (без скручивания), поскольку только так можно защитить и позвоночник, и мышцы живота.

Положения пациента в постели в зависимости от его состояния, положения могут быть:

- *Активное* - пациент передвигается самостоятельно, ему не нужно проявлять самостоятельность (помогать).
- *Пассивное* - пациент не в состоянии самостоятельно изменить положение, потерял физическую силу, нуждается в помощи другого человека; тяжело болен, адинамичен.
- *Вынужденное* - пациент принимает необычную (неправильную) позу, положение может быть вызвано основным заболеванием (столбняк, менингит), как защитная реакция организма (при болезненных язвенных кризах или желчных коликах), как профилактическая мера для предотвращения эмболии (при тромбофлебите), как лечебная мера (использование приспособлений) и т.д.

Иммобилизация может вызвать осложнения из-за давления на ткани между костными плоскостями и твердой поверхностью кровати. Она может вызвать местные нарушения кровообращения вследствие ишемии (покраснение, отек, рубцы, некроз). Замедление кровообращения в клиностатическом (супинированном) положении способствует развитию тромбоза, гипостатической пневмонии и т.д. Необходимы профилактические меры. Медсестры должны знать, какие положения принимают пациенты в постели. В какое положение их следует приводить для специального ухода и обследования, а также какие маневры следует выполнять для изменения положения.

Супин - положение Фаулера. В позе Фаулера удобнее с согнутыми коленями. Это наиболее расслабленное положение, предотвращающее сокращение мышц живота.

Источник: после люмбальной пункции, некоторых заболеваний позвоночника, постгеморрагической анемии, некоторых заболеваниях головного мозга (слабые, адинамичные, оперированные пациенты).

Маневр. Пациент лежит на спине лицом вверх, положив голову на подушку (обычное, удобное положение). Такое положение в течение длительного времени может вызвать боль в пояснице. Под поясничный отдел позвоночника может быть введен тонкий валик.

Полусидячее положение: лежа на спине, грудная клетка образует угол 30-45 градусов с горизонтальной линией. Реализуется: с большим количеством подушек с подвижной опорой с шарнирным креплением, чтобы пациент не сползал. Подложите сложенную подушку или рулон одеяла, завернутый в простыню, скрученную по концам и заправленную под матрас, под подколенную область. Под стопу подкладывается опора.

Источник: заболевания сердца и легких, выздоровление, некоторые категории операций, пожилые пациенты, первая помощь пациентам с нарушениями дыхания

Маневр. Длительное позиционирование требует мер по предотвращению пролежней. Для этого медсестра подкладывает резиновые подушечки под ягодицы пациента. Это положение запрещено для пациентов с нарушениями глотания, находящихся в коматозном состоянии.

Положение сидя: туловище образует прямой угол с нижними конечностями. Бедра пациента согнуты в тазу, а икры находятся в полусогнутом состоянии на бедрах. Колени, таким образом, приподняты. Положение реализуется: с опорой на подушку или 4-5 подушками, расположенными ступенчато. Голова поддерживается небольшой подушкой. Под руки пациента можно подложить подушку, чтобы предотвратить соскальзывание. Процедура такая же, как и для полулежачего положения. В кресле: пациент удобно располагается. Пациента одевают и укрывают одеялом.

Источник: пациенты с сильной одышкой, пневмонией, сердечной недостаточностью, приступами бронхиальной астмы, пожилые люди после некоторых видов операций.

Маневр. При обследовании пациента положение сидя полностью раскрывает легкие и позволяет лучше осмотреть верхнюю часть тела. Физически слабые пациенты могут быть не в состоянии сидеть в этом

положении. Они будут лежать в положении супина с приподнятым цефалическим концом головы с сомиком. Пациенты с сердечной недостаточностью во время приступов ночной одышки несколько раз присаживаются на край кровати, свесив ноги; под подножки ставится табурет.

Лежа на одном боку, голова покоится на одной подушке. Нижние конечности слегка согнуты или нижняя конечность, соприкасающаяся с поверхностью кровати, вытянута, а другая согнута. Спина поддерживается подушкой, валиком или специальными опорами.

Источник: при плеврите, менингите, после внутригрудных вмешательств, после вмешательств на почках, для дренирования плевральной полости, во время туалета, смены белья, введения кластеров и суппозиторий, измерения ректальной температуры, при люмбальной пункции, при дуоденальном зондировании, постуральном дренаже и т.д.

Маневр. Чтобы предотвратить развитие рубцов между коленом и маллеолусом, под большой trochanter вставляются кольца из ваты, прорезиненный, одеваемый воротник. Пожилым людям адинамию поворачивают с регулярными интервалами в 2-3 часа, чтобы предотвратить осложнения. Если у пациента парализована, сломана или прооперирована нижняя конечность, во время маневра поворота ее будет держать медсестра и ставить на заранее подготовленную опору

Положение Тренделенбурга в положении лежа на спине, возможно на боку, когда голова находится ниже остального тела. Это достигается путем поднятия дистального конца кровати. Разница между двумя концами кровати может составлять от 10 до 60 см. Под голову пациента можно подложить тонкую подушку. Голова пациента защищена подушкой, расположенной вертикально у изголовья кровати, чтобы предотвратить соскальзывание с операционного стола. Пациент фиксируется ремнями или специальными наплечными ремнями.

Источник: на операционном столе, при обмороке во время общей анестезии, при острой анемии, для аутоотрансфузий, для остановки кровотечений в нижних конечностях и женских половых органах, после гинекологических операций, после спинальной

анестезии, для облегчения дренажа выделений из верхних дыхательных путей. Оно способствует хорошему кровообращению в жизненно важных центрах. Укладывается в бокового положении, когда существует опасность аспирации выделений.

Положение (обратное Тренделенбургу). Это косое положение с поднятой головой. Практикуется для вытяжения шейного отдела позвоночника при ортопедическом лечении.

Декубит вентральный. Лежа на животе, голова на одной стороне на тонкой подушке, верхние конечности расположены слева и справа от головы так, что ладони лежат на поверхности кровати, пальцы ног вытянуты. Под лодыжками цилиндрическая подушка. Под грудную клетку и живот можно подложить тонкие мягкие подушки

Источник: при параличе групп мышц, при гемиплегии, при обширных сканированиях, дренировании гнойных скоплений, у пациентов без сознания. Это ночное положение для младенцев и маленьких детей. Невозможно без подушки при некоторых сердечных и легочных заболеваниях.

Гинекологическое положение лежа с согнутыми коленями, бедра раздвинуты. Его можно проводить в постели, на гинекологическом кресле, который имеет опору для нижних конечностей и подвижный поднос под сиденьем.

Источник: для гинекологического или акушерского обследования. Облегчает введение вагинального зеркала, клапанов для ректальных исследований (ректоскопия, ректальный кашель). Осмотр проводится после опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. Это неудобное и некомфортное положение, поэтому не затягивайте осмотр. Пациент должен быть хорошо укрыт.

Генупекторальное положение. Пациент сидит на коленях, колени слегка разведены в стороны. Пациент наклоняется вперед так, чтобы грудь касалась горизонтальной плоскости (смотровой стол). Это неудобное и некомфортное положение. Пациенты с артритом или другими деформациями суставов не смогут ее практиковать.

Изменения положения пациента могут быть активными и пассивными. Активные выполняются пациентом самостоятельно.

Пассивные выполняются с помощью медсестры. Показания: пассивные изменения выполняются у адинамичных, неподвижных, бессознательных, парализованных, пациентов, пациентов с гипсовыми приспособлениями и т.д.

Принципы, которые необходимо соблюдать. Одна или две медсестры необходимы для выполнения смены положения. Они должны принять подходящую позу, чтобы легче и с меньшими физическими усилиями поднять пациента. Таким образом, пациента точно и надежно обхватывают всей рукой, располагая ладонь на поверхности тела пациента так, чтобы поверхность соприкосновения была как можно больше. Медсестра располагается как можно ближе к кровати пациента, расставив ноги в стороны, чтобы обеспечить как можно большую опору, согнув колени и слегка прогнув позвоночник. Такое положение защищает позвоночник медсестры, уменьшая компрессию на межпозвоночные диски и тело позвонка, позволяя медсестре использовать силу бедренных и икроножных мышц. При сгибании коленей центр тяжести автоматически понижается, что делает положение более удобным для облегчения усилий нижних и верхних конечностей. Чаще выполняйте пассивные движения, переворачивая пациента из положения лежа в положение боковой декубитуры и обратно, укладывая пациента в положение сидя, возвращая пациента, который соскользнул с подушки. Существует несколько техник выполнения репозиционирования пациента. Описанные здесь методы приведены в качестве примера для поворота пациента из положения лежа в положение боковой декубитуса. Медсестра садится на край кровати, на которую будет перевернут пациент. Складывает противоположную руку пациента поперек его груди. Ложит противоположную нижнюю конечность поверх другой. Медсестра стоит лицом к груди пациента, поставив ногу на изголовье кровати перед другой. Она слегка сгибает колени, наклоняется и берется одной рукой за противоположное плечо, а другой - за бедро пациента. Из этого положения медсестра переносит вес своего тела с нижней конечности, расположенной впереди, на конечность, расположенную сзади, и

поворачивает пациента к себе. Во время этого движения медсестра хорошо сгибает колени.

Возвращение в положение лежа. Пациента возвращают из положения лежа на боку в положение супина две медсестры. Обе сидят на одной стороне кровати позади пациента. Медсестра, сидящая у головы пациента, обхватывает его подмышкой, расположенной ближе всего к поверхности кровати, и опирает голову пациента на предплечье. Другая медсестра просовывает одну руку под таз пациента. Оставшимися свободными руками они переворачивают пациента.

Поднятие пациента из положения лежа в положение сидя. Мы приведем в пример три метода:

I. Медсестра садится на край кровати лицом к пациенту. Она ставит ногу, которая находится рядом с кроватью, дальше за другую, рука медсестры у кровати остается свободной, пока пациент не поднимется, другую руку медсестра пропускает через плечо пациента и помещает свою руку (ладонь) между лопатками пациента, чтобы поднять пациента, медсестра переносит вес своего тела с передней ноги на заднюю, сгибая колени одновременно со свободной рукой, и фиксирует край кровати в качестве первой точки опоры (контр - 1 вес), таким образом, центр тяжести медсестры уравнивает вес пациента.

II. Подъем из положения лежа в положение сидя можно также выполнить следующим образом: медсестра садится на край кровати, рукой с дистального конца кровати захватывает подмышечную область пациента, а другой рукой Вы обхватываете пациента сзади, упираясь головой в предплечье Пациент, если его состояние позволяет, может опереться на руку или шею медсестры, обнимая ее.

III. Усаживание пациента в критическом состоянии осуществляется двумя медсестрами. Медсестры садятся по обе стороны кровати, скрещивают предплечья над спинной областью пациента, кладут ладони на лопатки пациента, другой рукой обхватывают пациента подмышкой. По команде одного из них они одним движением поднимают пациента в сидячее положение.

Подъем на подушку. Укладывание пациентов, которые соскользнули, на место (подъем на подушку) осуществляется двумя людьми. Слегка повернувшись лицом к изголовью кровати, они расширяют опорную базу, разводя ноги в стороны и ставя их друг перед другом (тот, кто находится на дистальном конце кровати, ставится дальше назад), сгибают руки пациента над животом (нейтрализуя их), вводят руку у изголовья кровати под лопатки пациента ладонью вверх, другую руку - под ягодичную область пациента, где руки двух человек соединяются, сгибают колени по команде одной из медсестёр, поднимают пациента, используя силу нижних конечностей путем переноса веса с одной ноги на другую.

Чтобы облегчить подъем, два человека могут поддерживать друг друга "голова к голове". Эта техника также может выполняться одной медсестрой, если пациент способен помочь себе сам, согнув колени и отталкиваясь ногами от поверхности кровати.

Переход из положения сидя в положение лежа: видно, как для облегчения перехода пациента из положения сидя в положение лежа, используя силу нижних конечностей для облегчения движения пациента, важно раскачивать тело медсестры от одной ноги к другой в направлении мобилизации пациента, перенося вес за счет толчка. Важно всегда четко объяснять пациенту, что с ним делают и какого сотрудничества от него ожидают. Необходимо внимательно следить за пациентом на протяжении всего маневра, убеждаясь, что он находится в удобном положении.

Мобилизация пациента. Цель мобилизации - перемещение пациента для предотвращения осложнений, которые могут возникнуть в результате иммобилизации, и для восстановления независимости. Задачи заключаются в нормализации мышечного тонуса, поддержании подвижности суставов, обеспечении благополучия и независимости пациента, стимулировании обмена веществ, содействии выведению мочи и кала (пациент может мочиться и спускать кал лучше в постели, чем в присутствии других или лежа на подставке), стимулировании кровообращения для предотвращения тромбоза, пневмонии, эшфота и контрактур. Мобилизация проводится в зависимости

от характера заболевания, общего состояния пациента, типа реактивности и т.д. Период пассивных и активных упражнений для восстановления мышечного состояния и диапазона движений следует начинать медленно, постепенно увеличивая их в зависимости от физиологической реакции пациента (учащение пульса, признаки мышечной слабости, диафорез). Упражнения выполняются перед едой, пациента следует научить перемежать двигательные упражнения с дыхательными, а также планировать вместе с пациентом упражнения на расслабление. Время и темп мобилизации и вставания с постели определяет врач - медсестра должна следить за тем, чтобы это было сделано правильно. Подготовка материалов осуществляется с учетом типа необходимого движения (халат, тапочки, стул, костыли). Подготовка пациента: медсестра информирует пациента: процедура, цель и т.д. Она проверяет пульс пациента, артериальное давление, наблюдает за состоянием пациента, выражением лица, цветом кожи, дыханием. Степень сгибания суставов также можно определить с помощью гониометра.

Виды движения и способы мобилизации

Мобилизация – это часть терапии, назначаемой врачом в зависимости от состояния пациента; мобилизация проводится постепенно, постепенно увеличивая диапазон движений. Она начинается с движения головы, пассивных и активных движений, движения пальцев, запястий, лодыжек. Перемещение и изменение положения верхних и нижних конечностей, движения сгибания и разгибания, при этом пациент должен сохранять положение "decubitus". Нахождение в положении сидя, сначала пассивно, следуя известным методам. Активное сидение несколько раз в день, увеличивая количество минут. Усаживание пациента в сидячее положение на краю кровати, в кресле, сначала пассивно, затем активно. Поднимите пациента в ортостатическое положение и сделайте первые шаги. Движения должны быть связаны с дыхательными движениями. Его также можно сочетать с массажем.

Сидя у кровати. Как усадить пациента в сидячее положение у края кровати: медсестра садится на край кровати, расставив ноги в

стороны и согнув колени, кладет одну руку за спину пациента под лопатку, а другую - под подколенную область. Пациент может сотрудничать, опираясь на край кровати или обнимая за шею медсестру или ассистента. Когда пациента поднимают в положение сидя, нижние конечности поворачивают на угол 90° и следят за правильным положением позвоночника пациента.

Этот метод также можно применять к пациентам, которые не могут опереться на руки или схватиться руками. В этом случае положение медсестры такое же, за исключением того, что она кладет руки пациента поперек живота, при этом нижняя конечность на стороне медсестры перекрещивается с другой на противоположной стороне. Затем медсестра кладет одну руку под лопатку пациента тыльной стороной ладони, а другую - под колени пациента, продолжая действовать, как описано выше. Первое сидячее положение пациента на краю кровати должно длиться всего несколько минут, внимательно наблюдайте за пациентом, измеряйте пульс, в последующие дни продолжительность пребывания в таком положении может быть увеличена. Укладывание пациента в кресло: медсестра ставит кресло боковой стороной к краю кровати кладет на кресло одеяло надевает на пациента халат и носки. укладывает пациента в сидячее положение у края кровати, следуя привычному методу, медсестра садится напротив пациента и кладет руки под мышки пациента. Пациент опирается руками на руки или плечи медсестры, медсестра поднимает пациента на ноги и, повернув его спиной к креслу, медленно усаживает в него, накрывает одеялом, под ноги можно подставить табуретку. Если в кресло усаживают две медсестры, они располагаются по обе стороны от пациента, который находится в сидячем положении на краю кровати, - просовывают руку рядом с пациентом подмышку и поднимают его на ноги. Затем, развернув пациента, они укладывают его в кресло и накрывают его.

Ортостатическое поднятие. Когда пациент находится в сидячем положении на краю кровати, прикроватная медсестра встает спиной к кровати, поддерживает пациента под обеими подмышками и поднимает его. Первое поднятие в таком положении может

продолжаться несколько минут. Если пациента можно провести по палате, его будут поддерживать подмышками две медсестры. Еще один часто используемый метод, дающий хорошие результаты, заключается в следующем. Медсестра садится лицом к пациенту, который находится в сидячем положении, на край кровати, упирается коленями в колени пациента, а руками обхватывает его подмышками - пациент обхватывает плечи или шею медсестры - надавливая на колени пациента, центр тяжести медсестры опускается, тем самым увеличивая силу подъема пациента.

Транспортировка пациента. Транспортировка в хороших условиях, с большой осторожностью и вниманием к пациенту, с учетом его состояния, позволяет избежать ухудшения состояния и других осложнений, таких как: ухудшение состояния, травматический шок, трансформация закрытого перелома в открытый, кровоизлияние и т.д. Транспортировка может потребоваться в следующих ситуациях: эвакуация травмированных людей с места происшествия, транспортировка из одной больницы в другую, из дома в больницу или домой после выписки и т.д. транспортировка из одной палаты в другую; в диагностические и процедурные кабинеты; в операционную и из нее; из палаты в палату; от кровати к кровати и т.д.

Категории пациентов, которых необходимо перевозить:

- раненые, в состоянии шока, с повреждениями нижних конечностей;
- бессознательные, сонные, обнубиленное;
- в лихорадке, после операции;
- с тяжелой сердечно-легочной недостаточностью;
- психические.

Средства передвижения:

- ✓ носилки;
- ✓ детская коляска;
- ✓ кресло и каталка;
- ✓ подручными средствами в случае чрезвычайной ситуации;
- ✓ специальными транспортными средствами: машинами скорой помощи, санавиацией.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА НОСИЛКАХ

Подготовка носилок. Накройте носилки одеялом и простыней. При необходимости накройте их муслином и чехлом; тонкой подушкой. Проинформируйте пациента и тех, кто за ним ухаживает, о цели транспортировки и месте транспортировки. Объясните процедуру "размещения на носилках". Проинструктируйте пациента о том, как нужно действовать, если у пациента есть капельница, катетеры, дренажи и т.д. При этом будут соблюдены меры предосторожности. Поддерживайте аппарат для внутривенного вливания на подставке, зажимайте или зажимайте катетеры и т.д. в зависимости от продолжительности и условий транспортировки. Не зажимайте грудной дренаж у вентилируемых пациентов. В случае рвоты фиксируйте почечный лоток. Подготовьте документацию для пациента.

Расположите пациента на носилках. Пациент должен сидеть лицом в направлении ходьбы. Он должен видеть, куда едет, особенно при подъеме по лестнице. Носилки будут подняты до горизонтального уровня санитаром. Если склон слишком крутой, пациента можно нести головой вперед. Кроме того, если пациент должен постоянно находиться под присмотром, лучше нести его головой вперед, чтобы он находился под присмотром санитаря. Пациента держат за здоровый бок. Носилки держат с обоих концов два санитаря, только за одну ручку каждый, чтобы носилки свисали вдоль края кровати. Для размещения пациента на носилках требуется три человека. Они садятся вдоль края кровати со стороны висящих носилок. Они подставляют руки с вытянутыми ладонями и пальцами под пациента. Первый: поддерживает голову и грудную клетку, опираясь затылком на предплечье. Второй: поддерживает пациента в поясничном отделе и в положении сидя. Третий: поддерживает нижние конечности. Первый человек управляет движениями:

- 1) внезапно подхватывает пациента;
- 2) после того, как он будет поднят, делает шаг назад;
- 3) санитары также поднимают другой край страны, приводя их в горизонтальное положение под пациентом;
- 4) пациента кладут на носилки, накрывают.

Разгрузка выполняется тем же методом, но в обратном порядке.

Положение пациента на носилках в зависимости от его состояния состояния:

- торакально-легочные аварии, пациенты с сердечно-дыхательной недостаточностью - в положении полусидя;
- пострадавшие с травмами живота (положение Фаулера) - с согнутыми коленями;
- коматозные пациенты в положении лежа;
- пациентам с травмами лица (черепно-лицевыми) под лоб подкладывают импровизированный валик из простыни или согнутое предплечье травмированного человека;
- пациенты без сознания - в полуventральной декубитусе;
- при нарушениях глотания или гиперсекреции слюны - в положении Тренделенбурга с максимальным наклоном 10-15°;
- травмированные люди в шоковом состоянии в состоянии периферического коллапса, чтобы обеспечить повышенное кровоснабжение жизненно важных органов;
- возбужденных психиатрических пациентов успокаивают с помощью лекарств и перевозят в неподвижном состоянии;
- при травмах позвоночника пациентов переносят на твердую поверхность.

Примечание! Пациентов следует транспортировать в том положении, в котором они были найдены. В исключительных случаях, когда невозможно обеспечить жесткие носилки, даже импровизированные (дверь, широкая доска), транспортировка осуществляется на одеяле, лежа лицом вниз, за исключением пациентов с подозрением на перелом шейного отдела позвоночника.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КОЛЯСКЕ

Коляски, используемые для перевозки пациентов, обычно имеют высоту операционных столов, чтобы пациента можно было легко переместить с кресла на стол и наоборот.

Сидя на коляске. коляска устанавливается цефалической стороной перпендикулярно дистальному концу кровати (у изножья

кровати). Колеса коляски должны быть заблокированы. Для подъема пациента необходимо три человека, которые выполняют технику в следующее время. Три человека садятся рядом с краем кровати. Каждый ставит ногу носилок дальше вперед. Все трое сгибают колени, подтягивая руки под пациента: первая - под затылок и плечи, вторая - под поясницу и сидение, третья - под бедра и икры, затем все трое поворачивают пациента к себе, подносят его как можно ближе, чтобы сжать его - выпрямляют тело, делают шаг назад (нога впереди) и двигаются к носилкам, стоящим рядом с коляской, мягко фиксируют колени и кладут пациента на коляску, вытягивают руки так, чтобы пациент лежал супинированно - три человека втягивают руки. При подъеме пациента люди должны крепко прижимать его к себе и использовать как можно больше силы нижних конечностей, чтобы защитить собственный позвоночник. Транспортировка в кресле-каталке была описана при мобилизации пациента. Транспортировка на каталке - это идеальная форма транспортировки; на всех четырех ножках кровати оснащены колесами или могут быть соединены с колесным устройством; таким образом, любая кровать может стать каталкой. Используя эту транспортную систему, пациента не всегда нужно перекладывать с кровати на тележку, с нее на операционный стол или на другие исследования, а транспортировать прямо с кроватью. Кровать на колесиках ожидает пациента прямо у стойки регистрации. Этот метод не может применяться во всех больницах, поскольку он требует, чтобы коридоры и двери были правильно рассчитаны, чтобы не было порогов, а лифт мог перемещаться между этажами.

ТРАНСПОРТИРОВКА ЗА ПРЕДЕЛЫ БОЛЬНИЦЫ

Пациент будет заранее подготовлен к транспортировке. Пациент информируется о средствах транспортировки. Пациент должен быть одет соответственно сезону, продолжительности транспортировки и средствам передвижения. Пациенту должно быть обеспечено наиболее удобное положение при транспортировке. Медсестра будет постоянно находиться рядом с пациентом. Она будет следовать за пациентом на протяжении всей поездки. Именно медсестра передаст

пациента дежурному врачу учреждения, в которое он был доставлен. Положение пациента должно быть максимально комфортным. Пациент, перевозимый в другие медицинские службы или учреждения, будет сопровождаться необходимой документацией. Медсестра должна быть обеспечена всем, что может понадобиться пациенту в пути, чтобы оказать первую помощь. Она наблюдает за пациентом на протяжении всей транспортировки. Медсестра передает пациента дежурному врачу учреждения, в которое он был доставлен. Для спокойствия пациента желательно, чтобы медсестра оставалась с ним до тех пор, пока его не уложат в постель. После перевозки инфекционных пациентов транспортные средства должны быть продезинфицированы.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КРЕСЛЕ-КАТАЛКЕ

Кресла-каталки – это коляски, в которых пациенты могут перемещаться в сидячем положении, опираясь ногами на соответствующие опоры. Они используются для перемещения пациентов по больнице. Пациента усаживают в кресло две медсестры по обе стороны от кровати. Сначала одетого пациента приводят в сидячее положение. Медсестра, находящаяся сзади пациента, будет поддерживать его подмышками и тянуть к себе, пока его спина не достигнет края кровати. Другая медсестра отрегулирует положение ног пациента, а затем поднесет стул к краю кровати позади пациента. Медсестры расположатся по обе стороны кресла и будут поддерживать пациента подмышками. Другую руку они просунут под колено. Они приподнимут пациента и усадят его в кресло. Медсестры расположат ноги на подставке для ног. Нижние конечности пациента будут накрыты одеялом. Медсестра/санитар подтолкнет кресло сзади, чтобы пациент расположился в направлении ходьбы.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КАТАЛКЕ

Она идеально подходит для перемещения пациента по больнице. Это означает, что пациента не нужно перекладывать с кровати на тележку, а затем на операционный стол/осмотровый стол. Кровать может быть оснащена системой колес или может быть соединена с

колесным устройством. Таким образом, любая кровать может стать выкатной. Необходимо правильно подобрать размеры коридоров, больничных дверей, отсутствие порогов и перемещение между этажами на лифте.

ТРАНСПОРТИРОВКА НА ЛИФТЕ

Лифты должны быть достаточно просторными, чтобы пациент мог передвигаться на своем транспортном средстве. Санитар толкнёт кровать в лифт и войдет вслед за пациентом. Выходя, он потянет кровать, выходя из лифта перед пациентом. При транспортировке пациента на кресле-каталке/коляске медсестра/санитар войдет в лифт первым и потянет кресло-каталку/коляску за собой. Он/она должен/должна сориентировать кресло-коляску так, чтобы пациент мог видеть дверь лифта. На выходе кресло/коляска будет вытолкнута, а медсестра останется позади пациента.

7.5. Потребность во сне и отдыхе

Автор: Лора Гьцу

Потребность во сне и отдыхе - это потребность каждого человека. Для того чтобы удовлетворить потребность во сне и отдыхе, необходимы хорошие условия и достаточное количество времени, чтобы организм мог достичь максимальной производительности.

Роль сна. Сон необходим для жизни. В течение 24 часов основные усилия человеческого организма требуют энергии - например, наше сердце бьется около 100 000 раз, мы дышим 20 000 раз и произносим в среднем 4 000 слов, тренируя почти 14 миллионов нейронов. Вся эта напряженная работа требует периодов отдыха и условий для регенерации клеток. Таким образом, отдых и сон становятся неотъемлемой частью жизни, и люди посвящают сну и отдыху значительную часть своей жизни - почти треть нашей жизни проходит во сне. Сон - важный аспект отдыха, поскольку многие функции организма восстанавливаются во время сна. Но отдых - это

больше, чем сон; это расслабление, смена деятельности, освобождение от давления текущих проблем. Отдых не обязательно означает покой, это может быть и другая деятельность, прогулка на свежем воздухе или что-то еще, что поддерживает интеллектуальные способности и позволяет расслабить мышцы.

Отсутствие отдыха и недостаточный сон снижают работоспособность и эффективность деятельности, что приводит к переутомлению. Хорошо известно, что сокращение времени отдыха и сна в конечном итоге сокращает жизнь. Недостаток сна может повлиять на здоровье и даже на жизнь человека. Исследование Американского онкологического общества показало, что риск смерти в 1,8 раза выше у здоровых людей, которые спали всего 6 часов в сутки, по сравнению с теми, кто спал 7-8 часов в сутки. Человеческое тело построено таким образом, что каждый орган имеет свое собственное время для отдыха и восстановления, так называемый биологический ритм. Однако процессы восстановления и регенерации достигают своего пика во время сна, дети растут во время сна, а взрослые восстанавливаются. Определенные гормоны выделяются во время сна, что свидетельствует о том, что биохимические процессы иногда протекают более активно во время сна. Гормон роста, например, в значительной степени вырабатывается во время спокойного сна до полуночи. Этот гормон известен своей очень важной ролью в росте (не случайно дети спят дольше взрослых), но он также оказывает влияние на мозг, увеличивая его размер и эффективность. Гормон роста также стимулирует перенос аминокислот из крови в нервную ткань, позволяя нервным клеткам сделать процесс обучения непрерывным. Исследования показывают прямо пропорциональную зависимость между продолжительностью сна и когнитивными способностями, и при увеличении продолжительности сна значительно повышается как внимание, так и интеллектуальная, эмоциональная и физическая работоспособность в течение дня. Другой важный гормон, кортизол, имеет пик выработки между полуночью и ранним утром. Кортизол играет ключевую роль в постоянной борьбе организма со стрессовыми факторами, уменьшая воспаление и

усталость. Те, кто спит поздно ночью, не дают своему организму возможности восстановиться после изнурительного дня и тем самым снижают свою энергию и жизненные силы на следующий день. Сон восстанавливает клетки эпителиальной ткани и поддерживает нейроны мозга благодаря лучшему кровоснабжению, особенно во время сновидений.

Физиология сна

Исследования показали, что сон – это не просто состояние отмены сознания, а измененная форма сознания, но с некоторыми связями с окружающей средой. **Сон** – это очень сложный физиологический процесс, в котором мозг и тело человека чередуют очень активные и спокойные периоды, но при этом активность никогда не прекращается. **Существует два различных типа сна:**

1. **Медленный сон**, также называемый сном *без быстрых* движений глаз (**NREM**), также известен как *сон без сновидений*.
2. **REM-сон**, также известный как сон **с быстрыми движениями** глаз (**REM**) или *парадоксальный сон*, - это сон со сновидениями.

Медленный сон, или классический сон, - это период истинного отдыха для тела (но отчасти и для мозга), выполняющий восстанавливающую, укрепляющую роль, с функцией роста и обновления тканей организма. Лумис разделил его на четыре фазы, которые характеризуются медленными волнами, периодически прерываемыми быстрым (парадоксальным) сном, и основаны на динамической активности коры головного мозга. Субъекты, пробужденные во время быстрого сна, все сообщают о сновидениях. На медленный сон приходится 60-70% всего сна, а на быстрый - около 30-40%. В то время как волны ЭЭГ в медленном сне представлены высокоамплитудными веретенами, быстрый сон характеризуется быстрой, десинхронизированной электрической активностью. Сегодня, благодаря исследованиям, стало возможным точно различать эти два периода сна.

NREM (*небыстрые движения глаз*) сон расслабляет и дает отдых мышцам и организму в целом. Во время него температура тела и кровяное давление снижаются. Дыхание охлаждается и

становится очень регулярным. Сейчас известно, что этот тип сна делится на четыре стадии. **Стадия I** - это период **сонливости**, во время которого электрическая активность мозга похожа на активность во время бодрствования. Это стадия, когда человек чувствует себя очень расслабленным и может ощущать себя как во сне, хотя он по-прежнему осознает все, что происходит вокруг. По мере расслабления мышц могут возникать мышечные подергивания и спазмы, иногда достаточно сильные, чтобы временно прогнать сон. Эти более сильные подергивания называются "миоклоническими подергиваниями" и совершенно безвредны.

По мере углубления сна **прогрессирует стадия II**, при этом происходят изменения в электроэнцефалограмме в виде снижения частоты ее волн. Стадии I и II NREM-сна - это постепенно углубляющиеся уровни сна, в которых субъект теряет сознательный контакт с происходящим вокруг, но может быть легко разбужен. **Стадия III** - это глубокий или медленноволновой сон. В первом цикле его продолжительность составляет около 20-40 минут. На нее приходится около 13-18% всего сна.

Примерно через сорок минут после вхождения в первую стадию субъект переходит в **стадию IV**, из которой пробуждение происходит труднее. Это стадия, на которой тело расслабляется, отдыхает и физически восстанавливается. Эта стадия также ответственна за некоторые нежелательные явления, такие как храп, лунатизм, ночное мочеиспускание у детей (энурез) и т.д. Если человека разбудить во время глубокого сна, ему потребуется больше времени, чтобы проснуться, и затем он продолжает чувствовать похмелье, сонливость и дезориентацию в течение 10-15 минут, что также называется инерцией сна.

REM (парадоксальный - быстрые движения глаз) сон наступает примерно через девяносто минут NREM-сна, когда происходит небольшой возврат к **стадии I, неглубокого сна**, проходя через остальные стадии в обратном порядке. Однако вместо того, чтобы достичь стадии I и проснуться, наступает REM-сон. Для него характерны подергивания и быстрые сокращения мышц, включая

мышцы глазного яблока, чередующиеся с периодами расслабления. Пульс и артериальное давление значительно изменяются во время REM-сна. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) регистрирует характерные волны, которые свидетельствуют о повышенной биоэлектрической активности в мозге. Период REM (rapid eye movement) связан с чрезвычайной активностью мозга (сновидениями), в то время как большинство опорно-двигательных мышц парализованы. Если человек бодрствует в этот период, он может пересказать сон в мельчайших подробностях. Все люди видят сны во время REM-сна, хотя не все помнят свои сны. Если сон IV стадии NREM восстанавливает организм физически, то REM-сон восстанавливает его ментально и очень важен для памяти и обучения. Вот почему очень мудро убедиться в том, что Вы хорошо выспались перед принятием важного решения или решением сложной задачи. Вариации в наступлении циклов сна велики у разных людей. Для того чтобы поддерживать состояние независимости, необходимо соблюдать ритм сна и бодрствования.

Регулировка сна

Сон вызывается **серотонином**, нейромедиатором, выделяемым специализированными нейронами в луковице, головном и среднем мозге. Эта область может контролироваться импульсами с более низких (например, звуки, световые раздражители, боль) или более высоких (мысли) уровней. Эмоции через лимбическую систему также могут влиять на область, отвечающую за индукцию сна. Когда человек хочет заснуть, он принимает расслабленное положение в спокойной обстановке без яркого света, закрывает глаза, тем самым подавляя активность ретикулярной системы.

Циркадный ритм и регуляция сна и бодрствования

В регуляции цикла сон-бодрствование также участвует **шишковидная железа (эпифиз)**. Известно, что шишковидная железа, помимо того, что она задает ритм и регистрирует время, является светочувствительным органом, который интерпретирует сенсорные сообщения, передаваемые сетчаткой глаза.

Секреция **мелатонина** шишковидной железой достигает пика ночью. Это один из способов, с помощью которого эпифиз устанавливает связь с другими органами и действует как суточный измеритель времени для всего организма. Он обладает большим антиоксидантным потенциалом, уничтожая свободные радикалы в организме, которые ответственны за дегенеративные заболевания (рак, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона).

Мелатонин - это, пожалуй, единственный антиоксидант, способный проникать в каждую клетку человеческого организма, предотвращая и уменьшая ущерб, наносимый свободными радикалами, которые образуются под воздействием канцерогенных продуктов или стрессовых факторов. Когда он вырабатывается в достаточном количестве (в течение ночи), он обеспечивает глубокий и эффективный сон, в то время как низкая выработка вызывает сонливость, неглубокий, беспокойный сон или даже бессонницу.

Смена часовых поясов или рабочих смен вызывает изменения артериального давления, гликемии, жизненного тонуса, психического состояния, эндокринной системы, сопровождающиеся бессонницей. Использование снотворного может вызвать сон, но другие симптомы остаются неизменными. Восстановление способности шишковидной железы выделять мелатонин приведет к перезагрузке биологических часов и восстановлению всего физиологического баланса организма тех, кто меняет часовые пояса или рабочие смены.

Внимание и работоспособность зависят от циркадного ритма, который контролируется гипоталамусом и может быть прослежен путем анализа изменения температуры тела. Таким образом, самый низкий уровень функционирования организма находится между 3-5 часами утра (когда, наряду с температурой тела, внимание и работоспособность находятся на самом низком уровне), а люди, которые работают ночью, испытывают наибольшую сонливость. В таком случае существует риск несчастных случаев на работе. Максимум внимания и работоспособности приходится на период между 9 и 11 часами утра, затем следует второй минимум между 3-5 часами

пополудни и новый максимум между 9 и 11 часами вечера. Дневная сонливость (между 3-5 часами пополудни) возникает, даже если не было обеда, но если обед был подан, то между этими часами сонливость усиливается.

НЕЗАВИСИМОСТЬ В УДОВЛЕТВОРЕНИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

ОТДЫХ - это период, в течение которого восстанавливаются измененные структуры организма, восполняются использованные энергетические ресурсы, а продукты, образовавшиеся во время нагрузки, выводятся либо в печень - молочная кислота, либо в почки, выделительный орган.

СОН - это особая форма отдыха при отсутствии бодрствования. Сон освобождает человека от психологического и физического напряжения и позволяет ему найти энергию, необходимую для повседневной деятельности. Во время сна физиологическая активность снижается, базальная скорость метаболизма уменьшается, мышечный тонус снижается, частота дыхания, пульс и кровяное давление уменьшаются. Секреция гормонов роста увеличивается, особенно в течение первого года жизни и в период полового созревания. Они более выражены во время ночного сна и менее - во время дневного. На то, достаточно ли Вы высыпаетесь, **влияют следующие факторы:**

1. Биологические факторы включают:

- *возраст* - потребность в отдыхе и сне меняется с возрастом: например, ребенку, пока он растет, требуется больше часов сна, которые постепенно уменьшаются до зрелого возраста, когда они стабилизируются, в то время как у пожилых людей потребность в часах сна остается неизменной, меняется качество сна (он становится поверхностным, возникают трудности с засыпанием, увеличивается частота ночных пробуждений, что способствует дремоте днем), потребности самого организма, есть люди, которые спят меньше, сохраняя при этом хорошее настроение, энергию и работоспособность, а другим требуется большое количество часов отдыха и сна.

- *активность* - адекватная физическая активность предрасполагает человека к восстановительному сну.
- *привычки, связанные со сном*. У сна есть свои правила, свои ритуалы, которые необходимо учитывать; отход ко сну в одно и то же время, ночной сон, комфорт, определенные привычки перед сном или во время сна, такие как: чтение хорошей книги, теплая ванна, горячий или холодный напиток; у детей сказки на ночь или игра с любимой игрушкой способствуют сну.
- *ритм сна-бодрствования* - это биологический процесс, периодичность которого связана с чередованием дня и ночи; изменения в этом чередовании могут объяснить нарушения функции сна-бодрствования у кейверов (людей, которые исследуют и изучают пещеры), космонавтов, рабочих, включая медицинский персонал, работающий по сменам, и т.д. Эти нарушения функции сна-бодрствования приводят к нарушениям во многих биологических системах. Ночной сон более спокоен, чем дневной.
- *умение расслабляться* - это снятие нервного напряжения, повседневных забот, физическое и умственное расслабление благоприятствует наступлению сна; если не освободиться от них, то заснуть можно с большим трудом.

2. К психологическим факторам относятся:

- *депрессия; тревога; страх; беспокойство, стресс* и т.д. Состояние тревоги, более или менее осознанное, порождающее сильное внутреннее напряжение, проявляющееся в неуверенности и нейровегетативных нарушениях, изменяет качество и продолжительность сна.
- *психоактивные вещества* (алкоголь, наркотики, кофе, чай, некоторые лекарства и т.д.) влияют на количество и качество сна.
- *некоторые снотворные* могут изменять качество сна.

3. К социологическим факторам относятся:

- *график деятельности*: так как люди с переменной рабочей программой, также имеют измененный ритм сна и бодрствования, что влияет на удовлетворение потребности во сне и отдыхе. Ночной сон обеспечивает необходимый отдых для организма, и

по этой причине необходимо ложиться спать в определенное время

- *место отдыха*: комфорт, количество людей, с которыми Вы живете в одной комнате, уединенность и тишина Вашего места отдыха могут повлиять на то, как Вы отдыхаете и спите.

ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ относятся к характеристикам сна с точки зрения качества и количества, периодов отдыха, периодов расслабления и свободного времени, способов, используемых для отдыха и расслабления.

Аспекты **сна**, которые необходимо оценивать при проявлении независимости, - это его *продолжительность* и *качество*.

Потребность в сне

Нормальные значения продолжительности сна зависят от возраста, как показано ниже:

- Новорожденный: 18-20 часов;
- Дети до 1 года (младенцы): 14-16 часов, включая дневной сон;
- Малыш спит всю ночь и имеет один или два эпизода дневного сна, в среднем: 10-14 часов, второй эпизод дневного сна иногда исключается; дошкольник: 10-11 часов, ежедневно;
- 5-11 лет: 9-13 часов;
- Школьник: 10-12 часов; подросток: спит в среднем 8-10 часов в сутки, но больше времени проводит лежа в постели
- У взрослых людей потребность во сне наиболее индивидуальна: 7-9 часов, в то время как некоторым людям для восстановления сил требуется 9 часов сна, другим достаточно 6 часов ежедневно;
- Пожилые люди спят меньше, потому что они меньше восстанавливаются: в среднем 6-8 часов.

Для оценки *качества* сна следует учитывать основные функции: восстановительный, спокойный, без кошмаров, без прерываний, легкое засыпание и спокойное пробуждение; у ребенка непрерывный ночной сон устанавливается после 3-го месяца, а к концу 10-го месяца его организация становится такой же, как у

взрослого. Сюда же относится характеристика сновидений, которые должны быть приятными и/или приятными.

Периоды отдыха:

- Чтобы избежать физического и умственного переутомления, периоды активности должны чередоваться с периодами отдыха.
- Продолжительность этих периодов, интервалы, через которые они проходят, разумное планирование в зависимости от выполняемой деятельности и потребностей организма оказывают благоприятное, оздоровительное воздействие на организм. Пример: перерыв после занятий.

Периоды отдыха и свободного времени должны быть хорошо спланированы, чередоваться с хорошо организованной активностью, позволяя восстановить физические силы и интеллектуальные способности. Примеры: выходные, школьные каникулы, праздники, каникулы и т.д.

Способы, используемые для отдыха и расслабления, не менее важны для оценки независимости в удовлетворении потребности во сне и отдыхе. Из всех средств релаксации и отдыха, отличающихся большим разнообразием и сложностью, зачастую наиболее подходящими будут те, которые соответствуют характеру и возможностям человека. Рекомендуется избегать методов, которые не дают возможности расслабиться и не способствуют поддержанию здоровья. Наиболее эффективная форма отдыха – активная и комбинированная: после физических нагрузок должны следовать интеллектуальные занятия, а после интеллектуальных – легкие и приятные физические нагрузки.

Вмешательства медсестры, направленные на поддержание потребности во сне и отдыхе, заключаются в следующем:

- поддерживать необходимые условия для сна, уважая желания и привычки человека;
- следить за тем, соответствуют ли периоды расслабления и отдыха потребностям организма и выполняемой работе;
- объяснять необходимость поддерживать упорядоченную жизнь с установленной программой и придерживаться ее;

- научить техникам релаксации и способам благоприятного засыпания с помощью дискуссий, демонстраций, документальных материалов, библиотерапии и т.д.

Недостаток сна

Кратковременное **недосыпание** приводит к постепенному и кумулятивному ухудшению интеллектуальной работоспособности, внимания и поведения. При этом время реакции на события увеличивается, бдительность снижается, мышление становится медленным и спутанным, а время решения проблем увеличивается. Недостаточный продолжительный сон приводит к возникновению или усугублению проблем со здоровьем, сокращая продолжительность жизни. Эксперты по сну разработали простое правило, позволяющее определить, достаточно ли человек выспался: если на следующий день он не испытывает сонливости, а бодр и отдохнул, значит, потребности предыдущей ночи во сне были удовлетворены.

Отсутствие REM-сна более неприятно, чем отсутствие медленного сна. Два американских исследователя (Н.Р. Каллер и Х.Б. Козн) показали, что лишение сна на одну ночь влияет на настроение и память у здоровых людей, в то время как лишение REM-сна приводит к снижению эффективности и интеграции. Эти люди становились растерянными, неуверенными, боязливыми и демонстрировали заметное повышение аппетита с соответствующим увеличением веса.

Люди, лишенные глубокого сна NREM (стадия IV), чувствуют себя физически нездоровыми, склонны отстраняться от общества, менее общительны и дружелюбны, часто озабочены физическими симптомами. Исследования показали, что организм отдает предпочтение глубокому сну, когда у него есть выбор между ним и сном. Таким образом, сначала удовлетворяется потребность в глубоком сне, и только потом - потребность в сне.

Эти два типа сна чередуются несколько раз (повторяются около 4-6 раз) в течение ночи в циклическом режиме, характеризующемся изменениями глубины сна, а также электрической активности мозга, движений глаз и мышечного тонуса. На протяжении всего ночного

сна фазы NREM и REM происходят циклами продолжительностью около 90-120 минут (60-90 минут NREM-сна, затем 30-45 минут REM-сна). Дневной сон не следует той же схеме, что и ночной. REM-сон преобладает во время утреннего сна, а глубокий сон (стадия IV) - во время дневного и вечернего сна. У каждого человека наблюдаются индивидуальные, не слишком большие, отклонения от описанных выше.

Спокойный, качественный сон - это залог физического и психического здоровья как для ребенка, в период его роста и развития, так и для взрослого, для самореализации и максимального вклада в жизнь общества.

ПРОБЛЕМЫ, связанные с удовлетворением потребности во сне, отдыхе - это бессонница, гиперсомния, дискомфорт, неудобство, усталость и трудность или невозможность отдохнуть. Поскольку эти термины ранее не объяснялись, ниже приводится их толкование. Итак, *бессонница* - это трудности с засыпанием или отдыхом во время сна, *гиперсомния* - это чрезмерное количество часов сна, с увеличенной продолжительностью и усилением глубины сна, *дискомфорт* - это чувство неловкости, физическое и психическое неудобство, *усталость* - это болезненное ощущение, сопровождающееся бездействием, нервным и мышечным истощением.

Источником трудностей является природа:

- *Физические* - органические нарушения - мозговые, эндокринные, физические ограничения, дисбаланс, боль, переутомление;
- *Психологические* - ухудшение мышления, беспокойство, разочарование, стресс, кризис, потеря, разлука и т.д.
- *Социальные проблемы и недостаток познания* - нарушение функций, недостаток знаний, недостаток самосознания, неадекватная температура, неадекватное окружение, повышенное количество сенсорных раздражителей в доме и многое другое.

Ниже мы приводим 4 наиболее распространенные проблемы зависимости при удовлетворении потребности во сне, отдыхе.

Бессонница: трудности с засыпанием или получением отдыха во время сна

Эта проблема проявляется *в виде нарушенного сна*: недостаточное количество часов сна - общая продолжительность 6 часов, начальные инсомнии - пациент засыпает очень медленно и затем спит до утра, терминальные инсомнии - после нормального засыпания просыпается и не может заснуть, качество сна либо прерывистое, либо беспокойное, либо неглубокое, сонливые инсомнии - возникновение нескольких периодов бодрствования, которые происходят в течение ночи, дробно распределяя ночной сон; пробуждения длятся долго, вызывают дискомфорт; эти пробуждения могут быть после неприятных снов или кошмаров; предсонная бессонница - длительное бодрствование до наступления сна; после-сонная бессонница - встречается у пожилых людей и особенно у тех, кто рано ложится спать. Еще одной проблемой являются *дневные сны*, характеризующиеся короткими снами небольшой продолжительности; в зависимости от их продолжительности и количества, они могут восполнить недостаток ночного сна, а могут и не восполнить; некоторые пациенты спят днем, а ночной сон короткий, но в сумме составляет необходимое количество часов сна (ложная бессонница). *Кошмары* - это тревожные, доминирующие сновидения, когда пациент внезапно просыпается ото сна, беспокойный, возбужденный, засыпает снова с трудом. *Сомнамбулизм* - это пароксизмальное расстройство сна, обычно возникает в первой половине ночи, пациент встает с кровати и начинает бродить по комнате, улицам, опасным местам; взгляд блуждающий, беспорядочные движения, не говорит, не отвечает на вопросы; через некоторое время переворачивается, засыпает, проваливается в сон. Следующая проблема привыкания - *апатия*, то есть отсутствие интереса к окружающему миру и собственной персоне; может долго оставаться в постели в поисках сна. *Ночной ужас* или *ночной страх* - это состояние сильного испуга, возникающее во время сна, чаще встречается у детей; пациент внезапно просыпается ото сна, находится в полубессознательном состоянии, встает в сидячем положении, кричит, может

истерически плакать, жестикулирует, имеет блуждающие глаза, пытается убежать; через несколько минут это состояние исчезает, пациент засыпает. В таких состояниях ребенка нельзя и не следует будить, так как припадок может усилиться. Припадки могут длиться от нескольких минут до получаса, после чего ребенок успокаивается и засыпает, а на следующий день не может вспомнить этот эпизод. Другой проблемой является *беспокойство* - необоснованный страх, возникающий на фоне эмоциональной нестабильности и нарушающий покой пациента; расстройства мышления, проявляющиеся в появлении в сознании пациента против его воли представлений, идей, чувств, которые он пытается устранить. Здесь мы снова перечисляем *путаницу*, которая представляет собой ложные восприятия (он воспринимает объект или явление), будучи убежденным в их реальности; эти состояния мешают ему отдыхать. *Раздражительность* - это когда пациент находится в состоянии постоянного психического напряжения, проявляющегося в возбуждении, беспокойстве, неугомонности; засыпает с трудом, имеет неглубокий, прерывистый сон. *Чувство подавленности - грусти* - возникает тогда, когда пациенты, иногда недовольные своим отдыхом, убеждены, что не спали всю ночь. *Снижение силы концентрации* - это когда пациент не может сосредоточиться на какой-либо деятельности, внимание ослаблено, жесты неустойчивы. *Усталость* как проблема зависимости в удовлетворении потребности во сне и отдыхе проявляется, когда пациент чувствует себя уставшим, более уставшим, чем когда ложился спать, мрачное лицо, темные глаза, невнятная речь, дрожание конечностей и т.д.

Меры, предпринимаемые медицинским персоналом для удовлетворения потребностей пациента с бессонницей.

Вмешательства медсестры, автономные и делегированные, направлены на достижение основной цели - чтобы пациент получал пользу от адекватного сна с точки зрения его количества и качества:

- Учит пациента практиковать техники релаксации, дыхательные упражнения за несколько минут до сна;
- Дает пациенту чашку теплого молока перед сном, готовит теплую ванну;

- Учит пациента, который просыпается рано, вставать с кровати на несколько минут, читать, слушать музыку, а затем снова ложиться спать;
- Определяет уровень и причину тревоги у пациентов с бессонницей;
- Наблюдает и отмечает качество и время сна, степень удовлетворения других потребностей;
- Составляет соответствующую программу отдыха для Вашего организма;
- Проводит лечение препаратом - наблюдает за его действием на организм и т.д.

Гиперсомния - чрезмерное количество часов сна, увеличенная продолжительность сна и повышенная глубина сна

Проявления зависимости представлены:

- **Модифицированный сон** - количество часов сна ночью составляет более 10 часов у взрослых и 12 часов у детей (исключаются особые состояния усталости после чрезмерных нагрузок, выздоровления или бессонницы, которые требуют восстановления сна); *качество сна* - отличается от нормального сна по глубине, продолжительности, внезапности наступления. Продолжительность, способ наступления, течение зависят от характера и локализации причинного расстройства.
- **Сонливость (приступы дневного сна)** Головокружение; пациент слышит слова, произносимые вслух, может отвечать несколько отрывисто, лаконично. Засыпание без раздражителя. Может длиться несколько дней, недель, может сопровождаться изменением ночного ритма.
- **Летаргия** - это более глубокая, продолжительная гиперсомния; может быть кратковременно разбужена сильным возбуждением, при этом сохраняя некоторую степень обнубилиции и интеллектуальной заторможенности. Она может длиться часами, днями, месяцами или годами. Жизненно важные функции снижены.
- **Нарколепсия** - внезапная потребность во сне, которой предшествует потеря мышечного тонуса. Возникает в периоды бездействия или постпрандиального состояния, но пациенты могут

засыпать и в разгар активности. Сон неглубокий, перемежающийся пробуждениями, неприятными сновидениями, вегетативными реакциями, потливостью, приливами жара.

- **Вербальное и невербальное поведение** медленное, вялое, пациент с трудом отвечает на вопросы.
- **Усталость**, от которой страдает пациент, - это состояние как мышечного, так и нервного истощения.
- **Бездействие** - постоянное состояние лишения пациента сна снижает возможность физической активности.

Вмешательства медсестры (автономные и делегированные) в работу с *пациентом с гиперсомнией* направлены на достижение двух целей:

- **Пациент должен получать соответствующее возрасту количество часов сна:**
 - Определите причину гиперсомнии, обсудив ее с пациентом или членами его семьи;
 - Определите вместе с пациентом способы минимизации причинных факторов;
 - Укрепите доверие;
 - Поощряйте и успокаивает пациента, чтобы вернуть ему душевное равновесие;
 - Наблюдайте и отмечает любые изменения в состоянии пациента;
 - Проведите медикаментозное лечение;
- **Пациент должен быть активным и готовым к сотрудничеству:**
 - Определите, какие занятия нравятся пациенту;
 - Разработайте программу активности вместе с пациентом, в соответствии с его состоянием и возможностями организма;
 - Наблюдайте за сном, его качеством, взаимосвязью между бодрствованием и сном.

Дискомфорт: чувство неловкости, физический и психический дискомфорт

Проявления зависимости:

- **Раздражительность**, т.е. неспособность пациента сохранять спокойствие и вести себя спокойно и адекватно ситуации;

- *Недомогание, дискомфорт, смущение* - это состояние не очень хорошего настроения, печали;
- *состояние дискомфорта*, неприятное состояние дискомфорта;
- *Диафорез* - обильное потоотделение, вызывающее дискомфорт;
- *Мышечная боль* - неудобное положение вызывает длительные мышечные сокращения, которые болезненны для пациента.

Вмешательства медсестры (самостоятельные и делегированные) будут соответствовать поставленной цели, чтобы пациенту было физически и психологически комфортно.

- Беседует с пациентом, чтобы определить причины дискомфорта (страх и т.д.);
- Благоприятствует отдыху пациента, подавляя источники дискомфорта и раздражительности;
- Позволяет пациенту чувствовать себя непринужденно во время обсуждения
- Облегчает контакт с другими пациентами, членами семьи;
- Применяет обычные техники ухода, необходимые для достижения удовлетворенности;
- Обращает внимание на изменения и примечания.

Усталость: чувство утомления, сопровождающееся бездействием, нервным и мышечным истощением

Проявления зависимости можно объективизировать с помощью осмотра:

- *лицо* - бледное, выражающее печаль;
- *глаза* - круглые, затуманенные;
- *пульс* - медленный, медленный, медленный, слабо бьющийся;
- *кровенное давление* - тенденция к снижению ниже нормы;
- *сон* - дневная сонливость;
- *внешний вид кожи* - бледность, холодный пот;
- *психическое состояние* - скука, апатия;
- *вес тела* - снижайте его;
- *астения* - снижение сил.

Вмешательства медсестры (самостоятельные и делегированные) будут направлены на достижение цели: пациент будет отдохнувшим, с хорошим физическим и психическим состоянием в течение ... дней.

- Определяет причину усталости;
- Помогает пациенту планировать его повседневную деятельность;
- Смотрит, соответствуют ли периоды отдыха потребностям его организма;
- повысить уверенность пациента в себе и в своих воспитателях
- Учит пациента выполнять техники релаксации;
- Помогает сделать это правильно;
- Наблюдает и отмечает жизненные и вегетативные функции пациента, период сна-отдыха, поведение пациента - вводит лекарства, указанные врачом;
- Наблюдает за его действием.

Оценка и методы ухода, связанные с потребностью во сне и отдыхе:

Для большинства людей адаптация к новой обстановке влияет на отдых и сон. Поэтому стационарный режим необходим:

1. Оценить степень адаптации пациента к больничной среде:

- Активность в больничной среде может повлиять на привычки/ритмы сна и отдыха госпитализированных пациентов;
- Степень изменений зависит от физиологического и психического состояния пациента, а также от того, куда его поместили;
- Знание физиологических потребностей пациентов в сне;
- Мониторинг сна с точки зрения количества и качества;
- Распознавание признаков того, что он не получает достаточно отдыха;
- Выявление причин и их устранение.

2. Снижение шума в больничной среде:

- Закрывание дверей в палатах;
- Уменьшение громкости некоторых приборов вблизи комнат отдыха (телефон, радио, телевизор, компрессоры и т.д.);

- Ношение обуви с резиновой подошвой, а не с металлическими каблуками
- Избегание громких разговоров, хлопанья дверьми;
- Аккуратное обращение с тележками, наборами инструментов и чистящими средствами (ведрами);

3. **Обеспечение комфорта:**

- Минимизация источники физического раздражения;
- Облегчение боли;
- Обеспечение хорошей личной гигиены
- Содержание постельное белье в чистоте и сухости;
- Обеспечение надлежащей температуры в салоне;
- примите удобное положение на удобных матрасах
- Минимизация вмешательства в уход во время сна;
- Содействие повседневной деятельности (например, участие в уходе)
- Создание физически и психически безопасной среды (перила у кровати, ночник)
- Совет пациенту опорожнять мочевой пузырь перед сном;

4. **Поощрение ритуалов отхода ко сну:**

- проветривание гостиной;
- упражнения на расслабление
- чтение;
- просмотр телевизора;

5. **Обучение пациентов:**

- Установление режима сна и отдыха;
- Объяснение роли сна и отдыха в восстановлении организма
- Необходимость избегать факторов, влияющих на сон и отдых (усталость, стресс, кофе, алкоголь, сенсорные перегрузки).

Упражнения для релаксации

- Упражнения на релаксацию основаны на целостной модели болезни и здоровья, исходящей из предположения, что человек - это единое био-психо-социальное целое.
- Можно использовать различные виды и техники релаксации.

- Сначала пациента спросят, хочет ли он научиться определенной технике релаксации, которую затем сможет применять самостоятельно.
- Если пациент выразит желание учиться, медсестра расскажет о том, что ему предстоит делать.
- Ему покажут, как важно, чтобы крупные группы мышц и суставы не были напряжены и напряжены; применяя технику релаксации, медсестра будет использовать спокойный, успокаивающий голос.

Пациента попросят:

- Лежать очень спокойно, чтобы его руки, ноги, спина и шея находились в удобном положении;
- Вспомнить время или случай в своей жизни, когда он чувствовал себя очень спокойным и счастливым;
- Закрыть глаза и сосредоточить свои мысли на этом воспоминании;
- Вдохнуть медленно и глубоко, пять раз, медленно выдыхая воздух через сжатые губы;
- Расслабить грудь и живот

Пациент получает рекомендации:

- Растяните мышцы (мысленно считая до 8-10), а затем расслабьте их (на такое же количество времени);
- Начните с ног и продолжайте движение всем телом до головы, как показано ниже:
 - Сильно согните пальцы ног, затем расслабьтесь;
 - Ваши лодыжки напряжены и расслаблены;
 - Продолжайте с икрами-стрелками-расслабленными, представляя, что конечности стали очень тяжелыми и матрас давит на них;
 - Напрягите, а затем расслабьте колено.

Медитация - это распространенный метод релаксации, которым может воспользоваться любой человек, нуждающийся в расслаблении.

1. Сядьте или лягте с закрытыми глазами и постарайтесь расслабить все мышцы, начиная с ног.

2. Медленно вдыхайте через нос (Вы можете считать до четырех); медленно выдыхайте через губы (Вы можете считать до шести) в естественном ритме.

3. Следите за телом в поисках областей напряжения и сознательно расслабляйте эти области; тело должно быть расслабленным и отдохнувшим.

4. Продолжайте дыхание, как описано выше, осознавая ощущение благополучия в теле; этот этап можно продолжать в течение 10-20 минут или, спустя пять минут, перейти к следующему.

5. Прослушайте звук или представьте картинку для расслабления, продолжая выполнять описанные упражнения.

6. На этом этапе можно использовать аутосуггестию; например, так: "Я контролирую все свое тело; когда я напряжен, я могу остановиться, вдохнуть столько воздуха, сколько мне нужно, и снять напряжение".

7. После мысленного самовнушения продолжайте медленное дыхание и постепенно возвращайтесь к нормальному психическому состоянию.

8. Медитацию можно использовать в любое время, когда необходимо достичь состояния релаксации (например, чтобы вызвать сон).

7.6. Потребность одеваться, раздеваться

Автор: Лора Гьцу

Потребность одеваться и раздеваться - это потребность самого человека носить соответствующую одежду в зависимости от обстоятельств, температуры дня, вида деятельности, чтобы защитить тело от действия климата (холода, жары, влажности), обеспечивая свободу движений.

Одежда обеспечивает хорошие стандарты и защиту сексуальной близости, а также имеет особое значение для группы, идеологии или социального статуса.

Одежда может стать продолжением личности, выбором

украшения, выражающего индивидуальность, чувство собственного достоинства и самоуважения.

Отсутствие одежды может быть как потерей свободы (когда его заставляют носить то, что ему не нравится), так и средством наказания.

Было проведено много исследований, посвященных одежде. Например, социологи изучали психологические эффекты, а физиологи - характеристики, благодаря которым одежда защищает нас от холода, сырости или жары. По мнению специалистов по психическому здоровью, одежда - это признак здоровья. Причудливая, аляповатая, чрезмерно украшенная одежда может даже выражать психическое заболевание.

НЕЗАВИСИМОСТЬ В УДОВЛЕТВОРЕНИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Человеку нужна одежда, чтобы защитить себя от суровых климатических условий; заботясь о своем здоровье, он выбирает одежду, соответствующую его обстоятельствам и потребностям. Одежда свидетельствует о целостности человека и защищает его сексуальную близость. Кроме того, одежда, в целом ориентированная на эстетику, способствует телесному самовыражению и избирательно участвует в коммуникации.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей:

1. Биологические:

- *Возраст*: температура тела меняется с возрастом; человек приобретает соответствующую одежду для защиты от перепадов температуры окружающей среды. У маленьких детей и пожилых людей температура тела ниже, чем у взрослых, поэтому им нужно использовать более теплую одежду (дети более склонны к потере температуры из-за более слабой системы саморегуляции, поскольку они еще развиваются, а пожилые люди - из-за снижения функций организма).
- *Талия, рост*: чтобы обеспечить хорошее самочувствие, люди выбирают одежду в соответствии со своей талией и ростом.
- *Активность*: для комфорта и свободы движений, в зависимости от вида деятельности, люди носят соответствующую одежду.

2. Психологические:

- *Убеждения*: люди, придерживающиеся какой-либо религии или идеологии, носят одежду или предметы, которые имеют значение для них или для сообщества, к которому они принадлежат. Кроме того, ношение униформы позволяет людям выделять себя в обществе как часть определенной группы.
- *Эмоции*: влияют на выбор и ношение одежды, которая позволяет выразить чувства и состояние психологического комфорта.

3. Социологические и культурные:

- *Климат*: теплая погода заставляет людей выбирать одежду, которая позволяет им поддерживать температуру тела; чтобы предотвратить накопление тепла и влаги, следует носить белую, свободную, облегающую, легкую одежду, а плотная одежда темного цвета поддерживает температуру тела в нормальных пределах, предотвращая потерю тепла.
- *Социальный статус*: общество через свои нормы навязывает людям определенный статус, который обязывает их одеваться и носить вещи, подтверждающие их социальное положение. В зависимости от финансовых обстоятельств, могут существовать ограничения на выбор и ношение одежды.
- *Работа*: условия труда также могут повлиять на выбор и ношение одежды. Безопасность на работе можно обеспечить, снабдив себя специальными предметами одежды для защиты от несчастных случаев, холода, шума и т.д.
- *Культура*: одежда может помочь сохранить традиции, и именно поэтому люди принимают одежду, которая будет отличать их от других (народная одежда).

ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ

- **Значение одежды** - она покрывает и защищает тело человека; она предполагает принадлежность или непринадлежность к социальной, профессиональной, культурной, религиозной и т.д. группе.
- **Личный выбор** - одежда, выбранная в соответствии со вкусом и обстоятельствами (индивидуальность, торжественные случаи, предпочтения в одежде, мода).

- **Сортировка одежды** - соответствует психологическим функциям в соответствии с тем значением, которое придается одежде и личной одежде.
- **Качество одежды** - соответствующее климату, социально-культурному статусу.
- **Владение одеждой** - отражает социально-экономический уровень, социальный статус.
- **Ношение значимых предметов**
 - Подчеркивание социального ранга;
 - Личная честь (медальон, талисман);
 - Религиозная функция, религиозная конфессия;
- **Требования к конфиденциальности:**
 - Мода, социальные нормы, аккуратность, чистота всегда и во всем;
 - Эстетическая функциональная активность.
- **Физическая способность одеваться и раздеваться:**
 - Подвижность суставов, мышечный тонус;
 - Психомоторная зрелость.
- **Талия и рост** - возраст, беременность, степень развития жировой ткани.

Вмешательства медсестры для поддержания независимости:

- Учит человека выбирать одежду, соответствующую климату, температуре окружающей среды, активности, возрасту;
- Изучает вкусы и значение одежды для каждого человека;
- Поощряет человека выбирать себе одежду, украшения, аксессуары.

ЗАВИСИМОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ОДЕВАТЬСЯ И РАЗДЕВАТЬСЯ

Проблемы зависимости:

1. Одевание и раздевание;
2. Нежелание одеваться;
3. Неуклюжесть в выборе подходящей одежды.

Источники трудностей:

1. Физические:

1.1. Внешняя нефункциональность:

- препятствия, мешающие мобилизации верхних конечностей;
- гипсовые приспособления, иммобилизационные системы - шины, клейкие ленты, бинты, повязки, раны;

1.2 Внутренняя неспособность:

- физическая травма, нарушение двигательных навыков верхних конечностей;
- отсутствие верхней конечности/части;

2. Психологические:

- беспокойное мышление;
- беспокойство;
- стресс;
- потеря самовосприятия;
- потеря/разлука;
- кризисная ситуация;

3. Социальные:

- неудачи;
- конфликты;
- бедность;
- потеря сознания;
- недостаточное знание себя, других и окружающей среды.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ представлены:

1. Трудностью/невозможностью одеваться и раздеваться:

- Трудно застегивать и расстегивать пуговицы;
- Затруднение/невозможность двигать верхними конечностями;
- Трудно надевать и снимать обувь.

2. Незаинтересованностью в наряде:

- Апатия при одевании;
- Меланхолия.

3. Отказом одеваться и раздеваться;

4. Неправильным выбором одежды:

- Преувеличенная, глупая одежда;

- Причудливые прически.

5. Неудобная одежда:

- Не подходит для талии, массы тела.

Вмешательство медсестры будет направлено на достижение следующих целей:

1. Пациент должен знать, как важно правильно одеваться и раздеваться:

- Обучает пациента важности одежды для определения личности;
- Отмечает ежедневный интерес человека к одеванию и раздеванию;
- Контролирует, во что одет пациент;
- Объясняет связь между одеждой, имиджем и самооценкой;
- Поощряет пациента.

2. Пациент способен самостоятельно одеваться и раздеваться в течении ...

- Определяет физические возможности и ограничения человека, за которым ухаживают;
- Даёт ему достаточно времени, чтобы одеться и раздеться, и, если у него кружится голова, советуете ему одеваться в кресле, сидя;
- Рекомендуются попечителям предоставить пациенту свободную, легко одевающуюся одежду с простыми застежками, обувь без шнурков;
- Делает ежедневные упражнения на мелкую моторику, при этом пациент должен описывать жесты, необходимые для одевания;
- медсестра одевает и раздевает пациента при параличе конечностей, поддерживая парализованную конечность во время одевания, начинает одевать парализованную, а затем здоровую конечность и раздевает в обратном порядке;

3. Пациент с психическими расстройствами должен вновь обрести независимость, чтобы самостоятельно одеваться и раздеваться в течении ...

- Оценивает степень замешательства и наблюдает за изменениями в поведении, систематически ориентируясь во времени и пространстве;
- Просит человека одеться, говоря четко, ясно, уважительно, терпеливо и в своем темпе;
- В доступной и понятной форме объясняет, что нужно делать, когда одеваешься;
- Расставляет предметы в комнате в одном и том же порядке все время, а одежду - в порядке использования, и просит пациента положить ее в обратном порядке, когда он раздевается.

Одевание и раздевание лежачего пациента

Цель этого маневра - защитить тело и обеспечить конфиденциальность. Для достижения этой цели необходимо выполнить следующие **задачи**:

- поддержание гигиены и комфорта пациента;
- предотвращение повышения давления;
- повышение достоинства пациента;
- сохранение идентичности.

Вмешательства медсестры:

- Выбор белья зависит от пола (ночная рубашка или пижама), температуры окружающей среды, возраста, объема талии и роста (чтобы обеспечить легкость движений), физической и психической полноценности пациента (удобное и легко застегивающееся);
- Подготовка белья для пациента;
- Объяснение всех действия, которые необходимо предпринять;
- Поощрение пациента к максимальному участию в работе в рамках его физических ограничений,
- Поздравления со всеми успехами;
- Помощь пациенту в выполнении техники (при необходимости ее выполняют 2 медсестры).

Необходимые материалы: пижама (ночная рубашка), одеяло, тальк, пакет для использованного белья, одноразовые перчатки.

Подготовка пациента:

- *Психологическая:* информирование пациента, объяснение необходимости техники, объяснение участия в процедуре, получение согласия;
- *Физическая:* обеспечение уединения и физиологическая ликвидация перед процедурой.

Процедура состоит из:

- Складывания чистого белья на стул у края кровати;
- Использования физических ресурсов пациента и возможностей мобилизации;
- Складывание одеяла у ног пациента;
- Накрывания пациента теплым одеялом;
- Мытья, дезинфекции рук и надевания перчаток.

Этапы снятия и надевания пижамной рубашки:

- Расстегивание кнопок;
- Поворот пациента в положение боковой декубитуса и раздевание освобожденной руки;
- Поворот пациента в положение обратной боковой декубитуса и раздевание другой руки, сняв блузку;
- Удержание пациента в положении боковой декубитуса;
- Закатывание рукава и одевание свободной руки;
- Осторожный поворот пациента в положение обратного бокового декубитуса и одевание другой руки, натянув блузку на спину;
- Укладывание пациента в положение лежа;
- Застёгивание пуговиц;
- Складывание ношенной блузки, в сумку для грязного белья.

Раздевание и одевание пижамных брюк:

- Приподнятие пояснично-крестцового отдела и осторожное подтягивание брюк к ногам;
- Осторожное поднятие нижних конечностей и продолжение раздевания;
- Наблюдение за внешним видом нижних конечностей;
- Осторожное поднятие нижних конечностей пациента человеком, помогающим медсестре;

- Одевание каждой конечности по очереди и подтягивание брюк к сиденью;
- Укладывание на кровать нижних конечностей;
- Поднятие ягодиц и потягивание брюки вверх;
- Проверка постельного белья на наличие складок;
- Складывание ношенных брюк, в сумку для грязного белья.

Уход за пациентом после процедуры:

- Расположение пациента в удобном положении;
- Наблюдение за чертами лица и состоянием пациента;
- Заправление кровати и укутывание пациента.

Реорганизация рабочего места и регистрация процедуры:

- Удаление использованных материалов;
- Мытье рук;
- Запись процедуры в план ухода.

Оценка процедуры: она выполнена в соответствии с ожидаемыми/желаемыми результатами; изменения прошли без происшествий/пациент жалуется на некоторые неудобства, которые необходимо устранить (грубое поведение, усталость, боль, испачканное белье и т.д.).

Важно!

- При заболеваниях верхних конечностей начинают раздевать здоровую конечность, а одевать - пораженную;
- Пижама не рекомендуются при заболеваниях нижних конечностей;
- Рекомендуется поддерживать парализованную конечность во время процедуры раздевания-одевания;
- Медицинские работники должны предоставить пациенту достаточно времени для выполнения процедуры;
- Медицинский работник должен подходить к пациенту с сочувствием, терпением и спокойствием.

7.7. Поддержание нормальной температуры тела

Автор: Мария Гарабاجиу

Поддержание нормальной температуры - это потребность организма сохранять температуру на константном уровне благоприятствующее хорошему самочувствию.

I. Независимость в удовлетворении потребностей

Независимость в удовлетворении потребности в поддержании температуры тела в пределах нормы достигается за счет баланса между термогенезом и термолизом, процесса, называемого гомеотермией. За поддержание этого баланса отвечают терморегуляторные центры, расположенные в гипоталамусе. Тепло, выделяемое организмом, является побочным продуктом метаболизма – химических реакций во всех клетках организма. Деятельность, требующая дополнительных химических реакций, увеличивает скорость метаболизма.

ТЕРМОГЕНЕЗ. Выработка тепла - термогенез - обеспечивается внутренними органами.

- В состоянии покоя печень отвечает за 30% тепла, выделяемого в состоянии покоя, другим источником являются гормоны (щитовидной железы, тестостерон и т.д.). Этот процесс является базальным метаболизмом.
- Во время тренировки: скелетные мышцы производят 90% энергии термогенеза. Мышечный термогенез контролируется изменением мышечного тонуса и добровольным сокращением мышц, что обеспечивает "согрев". Другой тип сокращения мышц – непроизвольное сокращение мышц, называемое мышечным спазмом/ ригидностью.

ТЕРМОЛИЗ. Механизмы потери тепла бывают физическими и физиологическими.

1. Физические механизмы:

- Радиация: потеря тепла через инфракрасное электромагнитное излучение в случаях, когда температура объектов в окружающей среде ниже температуры тела;

- Кондукция: передача тепла между двумя объектами, находящимися в непосредственном контакте; этот механизм играет важную роль при погружении в воду (холодные ванны, контакт с кубиками льда);
 - Конвекция: потеря тепла через потоки холодного воздуха вокруг тела;
 - Испарение: потеря тепла путем испарения воды с поверхности кожи (наиболее эффективный способ термолитиза в перегретой среде и при интенсивных физических нагрузках) включает в себя 2 процесса: перспирация (испарение воды при дыхании) и пототделение (испарение потовой жидкости с кожи).
2. Физиологические механизмы основаны на:
- Механизмах, увеличивающих потерю тепла: расширение кожных сосудов, увеличение секреции потовых желез;
 - Ингибировании механизмов теплопродукции: подавление дрожи и снижение мышечного тонуса, снижение химического термогенеза, ингибирование секреции гормонов щитовидной железы.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей:

▪ Биологические факторы

- *Возраст*: у новорожденных и маленьких детей терморегуляция нестабильна из-за незрелости дыхательного центра.
- Нормальная температура у новорожденных находится в пределах 36,1°-37,8°С.
- У взрослого нормальная температура 36°-37° С
- в пожилом возрасте 35°-36°.
- ~ *Упражнения* - во время очень интенсивной мышечной деятельности температура тела может повышаться на 2,2°С-2,7°С выше нормы, но возвращается, когда деятельность прекращается, во время активности температура тела падает
- ~ *Диета* - потребление пищи (белков, жиров) повышает температуру тела.
- ~ *Циркадный ритм*. Температура тела обычно колеблется в пределах от 0,5° до 1°С в течение 24 часов. Самая низкая

температура наблюдается между 3-5 часами утра (утренняя ремиссия) из-за снижения метаболических процессов во время сна; температура повышается вечером, достигая максимума между 16-18 часами (вечернее обострение).

~ *Уровень гормонов.* У женщин температура тела колеблется сильнее, чем у мужчин. Гормональные колебания во время менструального цикла вызывают колебания температуры тела. Уровень прогестерона циклически повышается и понижается во время менструального цикла. Изменения температуры тела также происходят у женщин во время менопаузы.

- **Психологические факторы.** Стресс, беспокойство, сильные эмоции могут вызвать повышение температуры тела;
- **Социологические факторы:** включающие условия жизни, труд, климат, влияют на терморегуляцию. Окружающая среда влияет на температуру тела. Высокая, низкая или мешающая температура и уровень влажности влияют на процессы терморегуляции.

Проявления независимости

1. Температура тела:
 - новорождённый и малыш 36,1°C - 37, 8°C
 - взрослый 36°-37°C;
 - пожилой 35 - 36°C
2. Кожа: розовый цвет, теплая температура, минимальное потоотделение, приятное ощущение от холода или жары.
3. Температура окружающей среды 18-25°C

Вмешательства медсестры для поддержания независимости в удовлетворении потребностей

Когда температура окружающей среды повышается необходимо:

- Сократить потребление высококалорийных продуктов, например, жиров;
- Пить жидкость и есть холодную пищу;
- Обеспечить хорошую вентиляцию в комнате;
- Носить свободную, легкую одежду белого цвета;

Когда температура окружающей среды низкая, медсестра обучит пациента:

- Увеличить количество пищи в целом и калорийных продуктов в частности, особенно жидкости и горячей пищи;
- Поддерживать комнатную температуру 18-25°C
- Носить теплую одежду.

II. Зависимость в удовлетворении потребностей

Проблемы с зависимостью:

Гипертермия

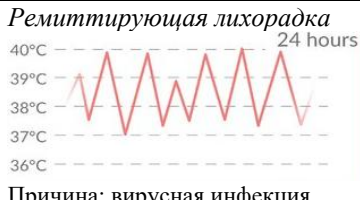
Гипотермия

Источниками трудностей, связанных с этими проблемами зависимости, являются

1. Физические:
 - Функциональные нарушения гипоталамуса, вызванные аномалиями мозга, пирогенными токсическими веществами (бактерии, лекарства);
 - Незрелость системы терморегуляции;
 - Перегрузка: чрезмерное тепло или холод, которым подвергается тело;
 - Гормональные нарушения: гипо- или гиперфункция щитовидной железы;
2. Психологические: беспокойство, гнев;
3. Социологические:
 - Высокая влажность и температура окружающей среды;
 - Низкая влажность и температура окружающей среды;
 - Несоответствующее качество одежды;
4. Недостаток знаний: - Недостаточно знаний об окружающей среде, о себе.

ГИПЕРТЕРМИЯ

Проблема зависимости заключается в более высокой, чем обычно, температуре тела.

<i>Проявления зависимости</i>	
Субфебрильность	
Поддержание температуры тела в пределах 37-38 °С (в подмышечной впадине)	
Лихорадка	
Лихорадка - это важный защитный механизм, который определяется как повышение температуры тела выше 38°C (в подмышечной впадине). Легкое повышение температуры до 39°C (<i>слабая лихорадка</i>) усиливает иммунную систему организма. Однако во время лихорадки клеточный метаболизм усиливается; на каждый 1°C повышения температуры тела химические реакции в организме увеличиваются на 10%. Повышение температуры приводит к подавлению бактерий и вирусных инфекций. Однако длительная лихорадка или <i>умеренная лихорадка</i> (39-40°C) ослабляет пациента, истощая энергетические запасы, и приводит к гипоксии, потере воды и т.д. Повышение температуры тела выше 40°C (<i>высокая лихорадка</i> - 40°C, <i>гиперпирексия</i> - 41°C) опасно для жизни В течении лихорадки есть 3 разных периода: 1. Начальный период; 2. Период состояния; 3. Период упадка. Признаки лихорадки являются диагностическими и различаются в зависимости от возбудителя.	
Лихорадка  Причина: вирусная и бактериальная инфекция	Ремиттирующая лихорадка  Причина: вирусная инфекция, инфекционный эндокардит
Перебегающая лихорадка  Причины: очаговая инфекция, туберкулез, ювенильный идиопатический ювенильный артрит.	Волнообразная лихорадка  Случай: Бруцеллез

<i>Двухфазная лихорадка</i>  Причина: Лихорадка Денге	<i>Рецидивирующая лихорадка</i>  Причина: боррелиоз, лимфома Ходжкина
Лихорадка неизвестного происхождения (ЛНП) - это лихорадка с неопределенной причиной.	
Озноб / Скованность мышц.	
Озноб - это последовательность непроизвольных тонико-клонических асинхронных или симметричных изометричных непроизвольных мышечных сокращений, которые не производят механической работы, так что вся вырабатываемая энергия преобразуется в тепло.	
Специфические кожные проявления	
Кожные высыпания, характерные для бактериальных и вирусных инфекций: эритема, макулы, папулы, везикулы. Пилоэрекция - мурашки по коже, ощущение холода	

Вмешательства медсестры

Поддержание температуры тела пациента

- Оцените, не слишком ли теплая одежда (одеяла). Снимите лишнюю одежду, чтобы способствовать потере тепла. Поощряйте ношение свободной хлопчатобумажной одежды.
- Обеспечьте кондиционирование воздуха, осушители, вентиляторы, вентиляцию помещения; прохладные ванны, холодные компрессы, пакеты со льдом по мере необходимости.
- Увеличьте потребление жидкости в жаркую погоду и во время физических упражнений.
- В случае озноба - согрейте пациента.

Поддержание водно-электролитного баланса:

- Мониторинг и расчет водно-электролитного баланса (употребление -выделение) за 24 часа;
- Расскажите пациенту о важности поддержания адекватного потребления прохладной жидкости (не менее 20 мл/кг в день,

если это не противопоказано из-за заболеваний сердца или почек). Объясните, как важно не полагаться на ощущение жажды как на признак потребности в жидкости.

- Повышенное потребление воды при температуре воздуха выше 25°C, связанное с умеренной физической активностью.
- Исключение кофеина и алкоголя.
- Взвешивайте пациента ежедневно в одной и той же одежде в одно и то же время. Потеря веса от 2% до 4% указывает на легкое обезвоживание; потеря веса от 5% до 9% указывает на умеренное обезвоживание.
- Мониторинг показателей электролитов в сыворотке крови.
- Если необходимо, следует обеспечить внутривенное введение жидкостей и назначить препараты, рекомендованные врачом (жаропонижающие, антибиотики).

Поддержание физического и психологического благополучия:

- Меняйте постельное и нательное белье по мере необходимости;
- Регулярная гигиена кожи;
- Психологическая подготовка пациента до начала сбора и техники обследования, предоставление необходимых объяснений.

ГИПОТЕРМИЯ

Гипотермия - это снижение температуры тела ниже нормальных пределов, вызванное дисбалансом между термогенезом и термоллизом.

<i>Проявления зависимости</i>	
Гипотермия	
Гипотермия может быть непреднамеренной - длительное воздействие холода, эндокринные нарушения, злоупотребление седативными средствами и алкоголем, или преднамеренной - вызванной во время операции или экстренных процедур. У пожилых людей причиной является замедление работы нервной системы, так же как у детей гипотермия вызвана незрелостью терморегуляторных механизмов.	
32°- 35°C - легкая;	
28°- 32°C - умеренная;	
<28°C - тяжелая.	
Легкая гипотермия 32-35°C. Проявления часто могут быть легкими, с неясными симптомами, такими как голод, тошнота, усталость, озноб и бледная/холодная/сухая кожа. У пациентов может быть повышенный	

мышечный тонус, повышение артериального давления, тахикардия и тахипноэ. Может наблюдаться снижение когнитивных способностей, памяти и суждений, атаксия и дизартрия. Умеренная гипотермия 28-32°C. У пациента продолжается снижение когнитивных способностей вплоть до ступора. Усиление угнетения ЦНС может привести к гипорефлексии с ухудшением реакции и расширением зрачков. Снижение частоты сердечных сокращений и частоты дыхания с возможной брадикардией, гипотонией и брадипноэ. Повышается восприимчивость к дисритмиям. <u>Тяжелая гипотермия <28°C.</u> Когнитивные способности продолжают снижаться, пациент находится в бессознательном состоянии и рефлексировать. Нарастает гипотония и брадипноэ. Обычно брадикардия, но повышен риск желудочковых аритмий и асистолии. В частых случаях необходимо начинать сердечно-легочную реанимацию.
Характерные кожные проявления – Цианоз - пурпурная окраска кожи (акроцианоз - пурпурная окраска носа, ушей, пальцев); – Кожные высыпания в местах, подверженных воздействию холода, эритема (покраснение) лица, рук; – Обморожение - местное омертвление кожи после длительного воздействия холода;
Неврологические проявления – Обнубиляция - состояние, похожее на сонливость, апатию и связанное со снижением внимания, концентрации и легкой спутанностью сознания; – Ступор - состояние, при котором для пробуждения пациента требуется стимул большей интенсивности и продолжительности, а когда стимул прерывается, пациент возвращается в ступор; – Кома - это состояние отсутствия реакции и неспособности пациента прийти в себя от действия раздражителей изнутри или снаружи (отсутствие бдительности).

Вмешательства медсестры

Поддержание температуры тела пациента

- Предотвратить дальнейшее снижение температуры тела помогут: снятие мокрой одежды и замена ее на сухую, а также согревание пациентов с помощью одеял, термофонов.
- Постепенное повышение температуры в комнате до целевой температуры 20-23°C (для детей и пожилых людей).

- Накройте голову пациента, поместите его рядом с источником тепла (радиатором, электрообогревателем) или в теплой комнате, или положите грелки рядом с теми участками тела (голова и шея), которые быстрее всего теряют тепло.

Поддержание водно-электролитного баланса

- Пациенту в сознании полезно пить теплую жидкость (суп, чай) в небольших количествах через регулярные промежутки времени, избегать алкоголь и напитки с кофеином.
- За пациентом, находящимся в бессознательном состоянии, будет вестись наблюдение на предмет водно-электролитных нарушений, будет рассчитан водно-электролитный баланс, будут взяты лабораторные образцы.
- Лекарство, которое будет вводиться, должно быть предварительно согрето (насколько это возможно).

Обеспечение целостности кожного покрова

- Пациента постепенно согревают, конечности можно поместить в теплую воду до 37°C.
- Если обморожения нет, конечности можно массировать.
- Наложите легкую повязку на место обморожения. Если задеты пальцы, наложите стерильную сухую марлю и согрейте пациента.
- Местное или общее лечение проводится по мере необходимости.

Методы оценки состояния пациента для поддержания потребности

Термометрия

Для измерения температуры тела используются различные методы. Инвазивные методы можно использовать в палате интенсивной терапии (температура легочной артерии, пищевода и мочевого пузыря). При неинвазивном измерении температуры тела используются участки на поверхности кожи или в полостях тела с легким доступом: кожа, например, лоб, пах, ушная область, подмышечная область, ротовая полость, влагалище, прямая кишка.

Для обеспечения точных показаний температуры необходимо правильное измерение. Полученная температура зависит от используемого места, но обычно составляет от 36°C до 38°C. Ректальная

температура обычно на $0,5^{\circ}\text{C}$ выше, чем оральная. Каждое из распространенных мест измерения температуры имеет свои преимущества и недостатки. Для каждого пациента рекомендуется наиболее безопасное и точное место. Для повторных измерений используется одно и то же место (места).

Техника измерения температуры

Перед измерением температуры пациента подготавливают физически и психологически, у него берут согласие на процедуру. Подготавливаются необходимые материалы для измерения (термометр, влажные салфетки или протирка, компресс, дезинфицирующий раствор для термометра, часы, лубрикант для ректального и вагинального измерения). Медсестра моет руки.

Медицинские термометры :

<u>Ртутные термометры</u> были изъяты из медицинских учреждений из-за опасности, которую ртуть представляет для окружающей среды. Однако некоторые пациенты все еще пользуются ртутными термометрами дома, и в этом случае пациента нужно научить пользоваться более безопасными термометрами.	
<u>Классический безртутный термометр</u> (спирт, специальный раствор) широко используется в медицинских учреждениях, поскольку позволяет точно измерять температуру в разных местах. Его не рекомендуется использовать для маленьких детей.	
<u>Цифровые термометры</u> измеряют температуру с помощью электронного датчика. Измерения с помощью этого прибора просты, не занимают много времени и обычно имеют звуковой индикатор, сигнализирующий об окончании измерения.	

<u>Термометры с инфракрасным датчиком</u> используются для измерения температуры на близком расстоянии. Термометры для измерения в тимпанической, височной области часто используются у детей.	
Одноразовый термометр сделан из полосок пластика с точками на поверхности, заполненными химическими веществами, которые меняют цвет в зависимости от температуры.	

В условиях стационара, после измерения температуры дважды в день, значения заносятся на лист записи температуры. Отмеченные точки соединяются, что представляет собой температурную кривую за определенный период времени. Температурная кривая должна быть оценена и может быть полезна для диагностики. Лист учета температуры также содержит другую информацию о пациенте, например, жизненно важные показатели и водно-электролитный баланс.

Измерение температуры в подмышечной впадине

Уложите пациента в положение лежа или сидя; Поднимите руку пациента и протрите подмышку тампоном; Встряхните термометр сильным движением кистевого сустава, пока температура жидкости не опустится ниже 36°C (в случае классического термометра); Расположите термометр с резервуаром для жидкости в центре подмышки; Поднесите руку близко к туловищу, согнув предплечье на передней поверхности туловища; если необходимо, поддерживайте руку пациента; Держите термометр в течение 10 минут; Извлеките термометр и прочитайте градацию, которая должна быть отмечена на температурном листе. Нормальная температура 36-37°C. Температура в подмышечной впадине - это внешняя температура тела, которая на 0,5°C ниже внутренней температуры тела.

Измерение ушной/тимпанальной температуры

Проводится с помощью специального термометра (с инфракрасным датчиком), который помещается в наружный слуховой проход; Термометр обнаруживает и измеряет тепловую и инфракрасную энергию, излучаемую кровеносными сосудами в барабанной перепонке; Нормальная температура 36,5-37,8°C.

Измерение температуры в полости рта

Подготовьте термометр; Поместите его в рот под язык или на внешнюю сторону зубной дуги пациента; Пациент должен дышать только через нос во время процедуры и держать рот закрытым; Держите термометр в течение 5 минут; Выньте термометр и прочитайте градацию, которая должна быть записана в температурном листе; Нормальная температура 36,5-37,2°C.

Измерение температуры полости рта противопоказано детям или пациентам с заболеваниями полости рта; за 10 минут до измерения температуры полости рта пациента следует предупредить о том, что ему нельзя есть горячую или холодную пищу.

Измерение ректальной температуры

Обеспечьте конфиденциальность пациента; Уложите пациента в положение на боку, с полусогнутыми нижними конечностями; Смажьте термометр и введите колбу термометра в прямую кишку вращательными движениями вперед (3,8 см у взрослых; 2,5 см у детей; 1,25 см у младенцев; Термометр держат 3-5 минут, после чего вынимают и протирают компрессом; Считывают показания столба термометра; Термометр моют, встряхивают и помещают в контейнер с дезинфицирующим раствором (сол. Хлорамины 1%); Запишите полученное значение на температурном листе. Нормальная температура 36,8-37,6°C.

Измерение вагинальной/базальной температуры

Для измерения температуры в полости влагалища необходим термометр с градуировкой не менее одной десятой (или двух десятых знаков) градуса. Термометр вводится в полость влагалища на глубину 4 см и удерживается в течение 5 минут; полученное значение записывается; часто для ежемесячного мониторинга используется график или мобильное приложение.

[illegible]

Документация по температуре тела

235

7.8. Чистота, уход за собой, защита кожи и слизистых оболочек

Автор: *Екатерина Скоарцэ*

Определение:

Быть чистым, ухоженным и защищать кожу и слизистые оболочки - обязательное условие для того, чтобы Вы выглядели достойно, а Ваша кожа была здоровой и могла выполнять свои функции.

Независимость в удовлетворении потребностей

Благодаря своему разнообразному составу, кожа выполняет множество функций, включая:

- защищает организм от патогенов, предотвращая их проникновение;
- защищает его от (ультрафиолетового) излучения благодаря содержащимся в нем пигментам;
- она получает тепловые, тактильные и болевые возбуждения;
- участвует в выведении веществ, образующихся в результате метаболизма: через потовые железы она выделяет воду, хлорид натрия, мочевины, глюкозу, кетоновые тела;
- помогает регулировать терморегуляцию, обеспечивая тепловой режим и поддерживая температуру благодаря жировому слою, который действует как теплоизолятор;
- способствуют всасыванию (некоторые лекарства могут впитываться через кожу и затем попадать в общий кровоток);
- поскольку она участвует в дыхании, небольшое количество O_2 может проникать через кожу; точно так же выделяется небольшое количество CO_2 ;

Чтобы выполнять эти функции, кожа должна быть чистой, здоровой и ухоженной. Кожа распространяется через слизистые оболочки, покрывающие отверстия (нос, глаза, уши, влагалище, прямая кишка), которые, в свою очередь, должны быть чистыми и ухоженными, чтобы обеспечить хорошее самочувствие человека и правильное функционирование органов.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей:

1. Биологические факторы

- *Возраст* - у детей и пожилых людей кожа более чувствительна, менее устойчива к перепадам температур, микробам и инфекциям. В результате старения зубы могут ослабнуть и выпасть, волосы становятся менее прочными, как и ногти.
- *Температура* - из-за перепадов температуры кожа становится сухой и шелушится. Когда температура слишком высока, кожа участвует в терморегуляции через потовые железы, выделяя некоторое количество пота (перспирация).
- *Физические упражнения* - это улучшает кровообращение и выводит отходы из организма через кожу;
- *Питание* - поглощение достаточного количества жидкости придает коже эластичность;

2. Психологические факторы

- *Эмоции* - могут усиливать потоотделение, кожа покрывается испариной и требует особых мер гигиены;
- *Воспитание* - в зависимости от воспитания люди имеют разные гигиенические привычки: одни уделяют гигиене больше внимания, другие - меньше;

3. Социологические факторы

- *Культура* - важность чистоты различается в зависимости от уровня культуры, у людей есть привычки к гигиене и чистоте, которые различаются по частоте и проявлению;
- *Социальная тенденция* – появляются привычки связанные с гигиеной и с чистотой (прическа, косметика и т.д.);
- *Социальная организация* - гигиенические привычки в зависимости от физических, материальных или беспорядочных условий.

Проявления независимости:

- Волосы - длина, эластичность, блеск;
- Уши - нормальной конфигурации, чистые;
- Нос - влажные слизистые оболочки, чистые носовые ходы;
- Ротовая полость:

- Белые, полноценные зубы без кариеса;
- Влажная и розовая ротовая полость;
- Розовые, прилегающие к зубам, десны;
- Ногти - чистые, коротко остриженные, розового цвета
- Кожа - чистая, гладкая, бархатистая, эластичная, нормальная пигментация;
- Гигиеническое поведение:
 - Ванна, душ (частота, продолжительность);
 - Чистка зубов (частота, правильная чистка, используемые средства);
 - Мытье волос (частота, используемые средства).

Вмешательства медсестры для поддержания независимости в удовлетворении потребностей

- Изучает привычки пациента;
- Составляет вместе с пациентом программу гигиены в зависимости от его активности;
- Учит его личной гигиене;

Зависимость и удовлетворение потребностей

Когда эта потребность не удовлетворена, возникают пять проблем с зависимостью:

1. Плохая гигиена;
2. Изменения на теле и коже;
3. Незаинтересованность в мерах гигиены (см. Приложения 3 и 6);
4. Трудности с соблюдением гигиенических предписаний (см. приложение 3);
5. Изменения слизистой оболочки (см. Приложения 6а).

Источники трудностей

1. Физические источники:

- внутренняя недостаточность:
 - слабость или паралич верхних конечностей;
 - физическая травма;
 - неадекватное кровообращение;
- внешняя недостаточность

- любые препятствия в движении;
- неподвижность;
- точки давления;
- Дисбаланс:
 - боль;
 - слабость;
 - эндокринный дисбаланс;
- 2. *Психологические источники:*
 - беспокойное мышление;
 - беспокойство, стресс;
 - потеря образа тела;
 - кризисная ситуация;
- 3. *Социологические источники:*
 - бедность;
 - неудачи;
 - конфликт;
- 4. *Недостаток знаний:*
 - недостаток знаний;
 - недостаточное знание себя, других и окружающей среды.

Плохая гигиена

Небрежное отношение к гигиене или неспособность поддерживать себя в чистоте, либо из-за болезни или слабости, либо из-за отказа мыться, приводят к неухоженному виду. Кожа становится грязной и открывается для инфекции.

Проявления зависимости

Волосы:

- грязные и жирные, в беспорядке;
- педикулез;

Уши:

- скопившаяся грязь в наружном слуховом проходе;
- грязные ушные раковины;
- заушная грязь;

Нос

- ринорея, корки;

Ротовая полость:

- отсутствие зубов;
- кариес;
- желтые зубы;
- зубные протезы, за которыми плохо ухаживают;
- наличие зубного камня на зубах (твердые, липкие отложения);
- плохое дыхание (неприятный запах изо рта);
- загруженный язык;
- потрескавшиеся губы;

Ногти:

- не остриженные;
- на кончиках ногтей скапливается грязь;

Кожа

- серая или черная в некоторых местах;
- грязная борода;
- грубая;

Гигиеническое поведение:

- не моется;
- не расчесывается;
- незаинтересованность в гигиенических мерах;
- издаёт неприятный запах.

Вмешательства медсестры

Пациент с плохим уровнем гигиены:

1. У пациента должна быть чистая кожа и слизистые оболочки:

- Помогает пациенту, в зависимости от его общего состояния, принять ванну, душ или туалет по зонам;
- Подготавливает материалы для ванной комнаты;
- Подготавливает ванну;
- Обеспечивает комнатную температуру (20° - 22° C) и температуру воды (37° - 38° C);
- Помогает пациенту одеться, причесаться, почистить полость рта, подстричь ногти;

- Для проведения туалета по зонам, готовит комнату и материалы, защищает пациента ширмой и тактично и мягко уговаривает его согласиться;
- Проводит гигиену полости рта у пациентов, находящихся в бессознательном состоянии.

2. *Пациенту нужно вернуть чувство собственного достоинства:*

- Вместе с пациентом определяет причины и мотивы беспокойства по поводу внешнего вида и гигиенического ухода;
- Помогает пациенту изменить отношение к своей внешности и гигиеническому уходу;
- Информирует пациентов о важности поддержания чистоты кожи для предотвращения заболеваний.

Кожа и кожные изменения

Повреждения кожи могут быть вызваны снижением циркуляции крови к точкам давления, раздражением от одежды (неподходящей одежды) и скоплением грязи.

Благодаря защитной функции кожи человеческое тело защищено от внешних агентов. Однако, в зависимости от степени уязвимости, им иногда удается причинить вред. Давление, оказываемое в течение определенного периода времени на какую-либо область, через вызываемые им трофические нарушения приводит к образованию рубцов или даже некрозу тканей. Скопившаяся на коже грязь образует язвочки, которые могут переродиться в язвы. Любое повреждение кожи - это ворота для болезнетворных микробов, поэтому так важно поддерживать ее целостность.

Проявления зависимости:

1. Эритема:

- застойная точка из-за вазодилатации;

2. Синяк

- Потеря поверхностного вещества после травмы (часто после зуда);

3. Корочка:

- Вторичные элементарные поражения, обусловленные высыханием серозита, возникшего из язвы (везикулярные, фликаны); они выглядят как небольшие отложения фибрина, полученного из плазмы крови;

4. Везикулы:

- Маленькие, круглые, прозрачные, заполненные жидкостью эпидермальные припухлости (волдыри), часто сопровождающиеся зудом и болью;

5. Пустула:

- Крошечные абсцессы на поверхности кожи, локализующиеся у корней волос и представляющие собой так называемые фолликулитные поражения (прыщи); они могут быть первичными или вторичными, инфицированными волдырями, которые превращаются в пустулиты;

6. Папулы:

- Поражение, характеризующееся наличием ограниченного и плотного возвышения на поверхности кожи; оно обусловлено либо утолщением кожи (гипертрофией), либо инфильтрацией водянистой влаги (локальным отеком);

7. Трещины:

- линейные прерывания целостности тканей;

8. Шелушение:

- Отслоение поверхностных сквамозных клеток от эпидермиса (фурункулезное, пситириазное, пластинчатое или лоскутообразное);

9. Акне:

- Пустула, вызванная специфическим патогеном;

10. Фурункулы:

- Специфическая для фолликулов инфекция волосистой части головы, вызванная *Staphylococcus aureus*;

11. Интертриго:

- Кожный микоз, расположенный на уровне конвертов и межпальцевых промежутков, характеризуется зудящей эритемой,

- затем обесцвечиванием эпидермиса, выделениями и беловатым налетом, мацерацией рогового эпидермиса с растрескиванием нижней части складки;
12. Витилиго:
- Лейко-меланодермит, вероятно, нейроэндокринной природы, характеризующийся ахроматическими пятнами, окаймленными гиперпигментированной областью;
13. Язвы:
- Потеря вещества в результате патологического процесса, воздействующего на кожу; она может быть поверхностной (эрозия) или глубокой (экскульцерация и собственно язва);
14. Отслаивание:
- Повреждение тканей в результате локального дефицита питательных веществ;
 - Обычно они возникают в результате повреждения сосудов или постоянного сдавливания; они также могут быть вызваны прямым действием инфекционных факторов или их токсинов, а также едкими химическими веществами;
15. Отек:
- Скопление серозной жидкости в тканях;
16. Варикозное расширение вен:
- Постоянное расширение поверхностных вен, сопровождающееся недостаточностью клапанов венозной стенки; чувство венозного кровообращения интересно в ортостазе;
17. Геморрой:
- Нарушения венозных сплетений анального канала и конечной части прямой кишки, заключающиеся в расширении этих вен, с развитием воспалительных процессов;
18. Варикозные язвы:
- Эрозия тканей при варикозном расширении вен;
19. Алоpecia:
- Частичное или полное выпадение волос.

Вмешательства медсестры

Пациент с изменениями кожи и лица

1. Чтобы пациент не стал источником нозокомиальных инфекций:

- Примите меры по предотвращению нозокомиальных инфекций;
- Повреждения, которые стали суперинфицированными, будут защищены повязкой, наложенной в идеально асептических условиях, как на кожу, так и на материалы и руки человека, выполняющего перевязку;
- Перевязка будет производиться аккуратно, чтобы не разрушить вновь образовавшиеся ткани в процессе заживления;
- Повязки будут сниматься аккуратно, увлажняя их по мере необходимости;
- Следите за тем, чтобы повязки не были слишком тугими, чтобы не затруднять кровообращение;

2. Пациент должен иметь сбалансированное питание, что способствует заживлению повреждений кожи:

- Многие поражения вызваны повышенной чувствительностью организма к определенным продуктам; поэтому медсестра советует пациенту есть нераздражающие и не вызывающие раздражения продукты;
- Контролирует еду от родственников;
- Приучает пациента есть овощи, мучные изделия, фрукты и овощи;
- Повышает осведомленность пациентов и членов их семей о вредной роли алкоголя, кофе, специй, жареной пищи, консервов, копченостей;

3. Пациент должен быть физически и психически здоров:

- Медсестра постоянно поощряет пациента (повреждения раздражают из-за зуда, который они вызывают, их неприглядного вида и возможности образования рубцов);
- Объясняет необходимость вмешательства;
- Собирает специфические продукты для лабораторных исследований (корочки, гной, волосы, ногти).

7.9. Безопасность и защищённость

Автор: Людмила Постика

Определение: Потребность избегать опасности - это необходимость человека, чтобы быть защищенным от всех внутренних и внешних агрессий, чтобы сохранить свою физическую и психическую целостность.

НЕЗАВИСИМОСТЬ В УДОВЛЕТВОРЕНИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Жизни любого человека в какой-то момент может угрожать внезапная беда, которая приведет его в критическую ситуацию. На протяжении всей жизни люди постоянно подвергаются нападению раздражителей из окружающей их среды и окружения.

Человеческий организм защищен от агрессии любого рода (физической, химической, микробной или других агентов), поскольку обладает многочисленными естественными средами, такими как: волосы на отверстиях, кожные выделения, как препятствия для проникновения внешних агентов. Он способен поддерживать свою целостность благодаря естественным механизмам самозащиты (выносливость и физическая сила, иммунитет, физические и интеллектуальные ресурсы и возможность применения мер и стратегий в профилактических целях).

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей

Физические факторы	• <i>Возраст:</i> ➢ Дети воспринимают значение опасности и, в зависимости от темпов их умственного развития, постепенно учатся самозащите от опасности вплоть до взрослого возраста. ➢ Взрослые способны защитить себя. У них есть знания о себе и своем развитии. ➢ У пожилых людей снижены сенсорные и двигательные функции, поэтому им необходимо принимать особые меры самообороны. • <i>Пол:</i> женский пол определяет уязвимость и хрупкость; • <i>общее состояние здоровья;</i> • <i>Механизм самозащиты:</i> у человека есть врожденные механизмы самозащиты (например, терморегуляция) или механизмы самозащиты, приобретенные в результате опыта; устойчивость к болезням обусловлена естественной или приобретенной иммунной защитой, путем выработки специфических антител после
---------------------------	--

	инфекционных заболеваний или вакцинации.
Психологические факторы	• <i>Эмоции и тревога</i> могут заставить человека использовать защитные механизмы, которые позволяют сохранить целостность против психологической агрессии; • <i>Стресс</i>: каждое стрессовое состояние может повлиять на адаптацию человека ко всем формам агрессии, стимулируемой защитными механизмами.
Социально-культурные факторы	• <i>Здоровье окружающей среды</i> - Здоровая окружающая среда необходима людям для безопасной жизни дома, на работе, в учреждениях для детей и пожилых людей. Необходимы следующие условия: – температура окружающей среды 18°-24° С; – влажность между 30%-60%; – светлый - не слишком темный и не слишком яркий; – шум - не более 120 децибел; – окружающая среда должна содержать минимум микроорганизмов, химикатов, дыма; – условия безопасности (осторожность при использовании приборов, предметы, которые могут стать источниками несчастных случаев); • <i>Социальная роль</i> - В зависимости от требований, предъявляемых к работе, люди должны использовать меры защиты от всех опасностей. Так, работники должны иметь окружение и условия труда, позволяющие им удовлетворять свои рабочие потребности; те, кто занят на ответственной работе, должны использовать время для отдыха, чтобы предотвратить стресс и переутомление. • <i>Социальная организация</i> - Общество предусматривает законные меры по защите человека от опасностей; во всех обществах существуют законодательно закрепленные меры по предотвращению несчастных случаев, профилактике заболеваний; кроме того, общество также заботится о благополучии человека на протяжении всех лет жизни, используя меры защиты и социального страхования. Эти меры направлены на: предотвращение болезней и поддержание хорошего здоровья, используя широкий спектр образования, информации, рекламы и т.д. • <i>Климат</i> - В зависимости от климата, человек использует методы самозащиты от неблагоприятных климатических условий дома или в местах коллективного проживания. • <i>Религия</i> - Исповедование определенных религий - это идеологическое увлечение, которое позволяет человеку поддерживать психологическую безопасность. • <i>Культура</i> - Меры по защите от опасностей варьируются от

	культуры к культуре, они подчеркиваются в традициях как социально-экономические показатели общества. - <i>Образование</i> - Родители информируют ребенка о мерах безопасности, которые необходимо предпринять в течение долгого периода взросления; школа отвечает за обучение детей, взрослый человек в социальном плане обязан знать о возможных опасностях, чтобы разработать превентивные меры, которые необходимо применить.
--	---

Проявление независимости

Физическая безопасность	Меры профилактики для: – несчастных случаев; – инфекций; – заболеваний; – агрессии, физической (механическая, термическая), химической (химические ожоги, отравления), человеческой, животной и самоагрессии (нанесение увечий, самоубийство);
Психологическая безопасность	Состояние спокойствия человека, который чувствует себя защищенным от всех опасностей. Человек может реализовать свободный контроль над окружающей средой. Меры: - способы расслабиться, отдохнуть и контролировать эмоции; - использование защитных механизмов в различных ситуациях; - эффективный и адаптированный ответ на стрессовый фактор; - практиковать обычаи, вероисповедание, религию;
Социально-культурная безопасность	• здоровая окружающая среда: – здоровье окружающей среды; – качество и влажность воздуха 30%-60%; – температура окружающей среды в пределах 18°-24°С; – отсутствие шума, химического и микробного загрязнения; • безопасная среда; – меры социальной защиты; – безопасная среда против человеческой агрессии; – безопасная среда, усиленная мерами социальной защиты; – безопасную среду, обеспечиваемую надлежащими санитарными условиями; – правильное жильё ограничивает несчастные случаи и болезни; • социальная принадлежность; • активность; • материальный доход • религиозная принадлежность; • образование.

Вмешательства медсестры для поддержания независимости.

1. Для поддержания здоровой окружающей среды: учит пациента поддерживать жилье и рабочее место в надлежащем состоянии.

Жилье должно обеспечивать максимальную безопасность и иметь ряд обязательных характеристик:

- достаточное и правильно разделенное пространство (гостиная, спальня, кухня, ванная комната и т.д.);
- быть вентилируемым, но теплоизолированным и сухим (без сырости);
- иметь водопровод и эффективное отопление; звукоизолированы; регулярно убираются и дезинфицируются;

На рабочем месте должны быть созданы одинаковые условия. Если в комнате работает несколько человек, для каждого должно быть достаточно места.

- Учит пациента избегать загрязнения атмосферы пылью, микробной нагрузкой, протирая влажными салфетками мебель и проветривая комнаты;
- устраняет источники неприятных запахов;
- участвует в программах пропаганды и контроля, просвещения населения по вопросам поддержания здоровой окружающей среды в обществе, образовательных учреждениях;

1. Чтобы предотвратить несчастные случаи:

- Проводит обучение по предотвращению несчастных случаев, проверяет соблюдение правил охраны труда и эргономики на предприятиях, подверженных несчастным случаям;
- Мебель должна быть соответствующей (например, слишком высокие кровати и стулья могут способствовать несчастным случаям);
- Мебель должна быть расставлена таким образом, чтобы она не мешала жильцам;
- На источниках электричества или газа (розетки, газовые краны и т.д.) должны стоять защитные средства;
- Бьющиеся и острые предметы должны быть помещены в безопасные места;

- Изучает реальные и потенциальные опасности на рабочем месте и дома;
- Учреждения для детей и пожилых людей будут созданы таким образом, чтобы они полностью соответствовали правилам безопасности в зависимости от степени риска, определяемой возрастом испытуемых.

2. Для предотвращения инфекции:

- следит за соблюдением правил гигиены, санитарии, дезинфекции, дезинсекции, борьбы с вредителями и функциональных схем;
- обеспечивает участие общественности в реализации программ по поддержанию и укреплению здоровья;
- следит за состоянием здоровья школьного населения с помощью регулярных медицинских осмотров; регулярно обследуйте людей, подверженных высокому риску заражения;
- организывает - проводит обязательную иммунизацию;

ЗАВИСИМОСТЬ В УДОВЛЕТВОРЕНИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Когда потребность избегать опасностей не удовлетворена, могут возникнуть новые проблемы с зависимостью:

1. Уязвимость к опасностям;
2. Нанесение вреда физической или психологической целостности или и тому, и другому.

Другие диагнозы по уходу, связанные с нарушением необходимости избегать опасностей, из списка диагнозов по уходу, разработанного ANADN:

- острая и хроническая боль;
- беспокойство;
- страх;
- изменение восприятия тела;
- изменение самооценки;
- нарушение целостности тканей, кожи или слизистой оболочки полости рта;
- риск инфекции, ранения, удушья или травматизации;
- непереносимость активности;

Источники трудностей

Физические источники	– сенсорный дефицит; – физические недостатки; – боль; – метаболический дисбаланс; – нарушение баланса электролитов; – переутомление; – сенсорно-перцептивное насыщение;
Психологические источники	– нарушение мышления; – беспокойство; – стресс; – потеря, расставание; – потеря восприятия тела; – кризисная ситуация;
Социологические источники	– нездоровая обстановка; – загрязнение; – плохие условия труда (отсутствие защитных мер); – отсутствие санитарных удобств; – отсутствие социальной защиты; – бедность; – распушенность;
Недостаток знаний	– Недостаточно знаний о себе, других людях и окружающей среде, о мерах защиты и безопасности;

Уязвимость к опасностям

Слабый, уставший, перегруженный работой организм подвержен высокому риску инфекций, несчастных случаев и болезней.

Источники трудностей:

- *Возраст* - один из основных факторов, ответственных за несчастные случаи. С момента рождения и до того возраста, когда ребенок начинает осознавать окружающие его опасности, он нуждается в постоянном присмотре, поскольку постоянно подвергается опасности. Пожилой человек теряет часть своей способности отбиваться от агрессоров из-за замедления способности реагировать и снижения остроты ощущений.
- *нарушение движения*: *недостатки опорно-двигательного аппарата* затрудняют передвижение и способствуют падениям и ударам.
- *сенсорное ограничение* может быть врожденным (глухота, слепота и т.д.) или приобретенным в течение жизни в результате

болезни или травмы. Оно также может возникнуть как дегенеративное состояние у пожилых людей.

- *боль; нарушение обмена веществ и электролитного баланса; нарушения мышления;*
- *нарушение иммунитета - признан одной из основных причин заболеваний; беспокойство; стресс;*
- *переутомление; психические расстройства* приводят к поведению, неадекватному для защиты других и для самозащиты. Агрессивность, отстраненность от окружающей действительности, неправильная интерпретация событий и т.д. - это факторы, которые приводят к повышенному риску инцидентов и несчастных случаев;
- *нездоровая окружающая среда, загрязнение окружающей среды; бедность; плохие условия труда;*
- *недостаточное знание себя, других и окружающей среды.*

Проявления зависимости:

- снижение сопротивляемости организма;
- депрессия;
- риск заражения;
- риск развития усталости;
- беспечность;
- поражения кожных покровов;
- обездвиживание; легочные, сердечно-сосудистые, ЦНС проявления;
- переутомление = чрезмерная физическая нагрузка, которая негативно сказывается на организме;
- усталость = физическая слабость, недостаток сил;
- антисоциальные поступки (убийство, членовредительство вплоть до самоубийства).

Вмешательства медсестры

Цели	Автономные и делегированные вмешательства
Постоянная защита пациента от несчастных случаев и инфекций Пациент не должен быть подвержен опасностям	– медсестра принимает меры по обеспечению благоприятных условий окружающей среды; – обеспечивает физиологическое позиционирование и транспортировку, соответствующую общему состоянию пациента (безопасно); – размещает пациента в палате в соответствии с его состоянием, состоянием и реакцией; – принимает меры по предотвращению передачи инфекций; – выбирает процедуры исследования и лечения с минимальным риском заражения; – применяет меры неспецифической и специфической профилактики; – информирует и просвещает пациента о необходимости соблюдать меры по предотвращению несчастных случаев; – обеспечивает адекватную диету с большим количеством овощей и фруктов, чтобы повысить сопротивляемость организма; – участвует в обследовании пациента; – даёт пациенту назначенное врачом лекарство и следит за его действием;
Пациент должен быть психологически уравновешен как можно скорее	– помогает пациенту адаптироваться к больничным условиям; – общается с пациентом и объясняет его состояние; – отвечает на вопросы пациента и помогает поддерживать доверие к команде по уходу; – обеспечивает конфиденциальность пациента – поощряет пациента выражать свои чувства, идеи, потребности – обучает пациента техникам релаксации; – создаёт условия для чтения, занятий и т.д. – общается с семьей пациента; – наблюдает за пациентом и контролирует эффект терапии; – даёт пациенту лекарства, назначенные врачом, и следите за их действием; – помогает реинтегрировать пациента в общество.

Повреждение физической или психологической целостности или того и другого вместе

Физическая травма

Источники трудностей:

1. Физические:

- несчастные случаи, связанные с травмами и увечьями из-за отсутствия мер защиты и профилактики (несчастные случаи на производстве, дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи в быту и т.д.);
- химическое и радиоактивное заражение в результате воздействия окружающей среды без защитных средств или ядерных аварий;
- повреждение кожи вследствие обращения с раздражающими веществами, термическими агентами или (особенно) в случае с детьми вследствие небрежности и беспечности ответственных за них, ожоги, проглатывание едких веществ и т.д.
- физическое увечье в результате профессиональных вредностей (пожарные, инженеры, каскадеры и т.д.) Самоповреждение и попытки самоубийства;
- укусы людей, животных или рептилий;
- старение с физическими недостатками:
 - сенсорный дефицит (слух, зрение);
 - дефицит мобилизации;
 - боль;
 - метаболический дисбаланс;
 - нарушение баланса электролитов;
 - дефицит заботы о себе;
 - физическая зависимость;
- Старение со снижением защитных сил организма:
 - повышенная уязвимость к заболеваниям;
 - неожиданный, нежелательный эффект медицинской терапии;
 - неправильное применение лекарств может повлиять на определенные органы или системы на уровне всасывания, метаболизма и выведения; может вызвать реакции привыкания, сонливость,

беспокойство, потерю равновесия, потерю сознания;

- чрезмерные физические нагрузки в процессе работы или упражнений predisполагают организм к усталости, переутомлению, увеличивая риск травм и повреждения физической целостности;

2. *Психологические*: тревога, стресс, беспокойство, тревожность, расстройства мышления;

3. *Социологические*:

- неадекватная физическая среда, неадекватная психосоциальная среда;
- плохие условия труда;
- отсутствие надежного дохода;
- отсутствие социальных контактов;
- недостаток образования и культуры;
- нездоровая окружающая среда, загрязнение окружающей среды являются определяющими факторами для несчастных случаев, болезней, заражения;
- отсутствие удобств, изоляция, зависимость и недостаточная поддержка со стороны общества, в котором живет человек, подвергают его риску незащищенности и отсутствия профилактического и лечебного ухода;
- случаи вербальной и физической агрессии, покинутость семьей и друзьями приводят к потере уверенности в себе, физическому, психологическому и социальному ущербу;
- злоупотребление наркотиками и алкоголем изменяет личность человека, его поведение, физическую и интеллектуальную работоспособность, нанося прямой ущерб социально-культурной жизни и физической целостности;
- отсутствие толерантности, безопасности и жизненных ресурсов вызывает у человека постоянное состояние подверженности потенциальным опасностям, депрессивные симптомы и социокультурную непринадлежность;
- отсутствие социальной активности, социальная неинтегрированность, недостаток мотивации и ресурсов влияют на человека, приводя к антисоциальному поведению, самоповреждению и

попыткам самоубийства;

- недостаток знаний: недостаточные знания о себе, других людях и окружающей среде, о мерах безопасности и защите.

Проявления зависимости:

- Признаки воспаления: боль, локальное покраснение пораженного участка, припухлость, ограничение движения пораженного сегмента, локальное тепло.

Цели/меры:

1. Пациент должен быть физически уравновешен.

Вмешательства медсестер:

- оценивает степень физического расстройств;
- обеспечивает безопасную и защитную среду;
- обеспечивает физиологическое положение в постели;
- мобилизует пациента и обеспечивает его транспортировку;
- следит за общим состоянием; соблюдает меры асептики/ анти-септики;
- перевязывает рану;
- помогает и дополняет пациента в удовлетворении потребностей организма;
- привлекает пациента к принятию решений по уходу;
- проводит медикаментозное лечение по назначению врача;

2. Пациент должен быть психологически защищен.

Вмешательства медсестры:

- обеспечивает и поддерживает психологическую защитную среду, соответствующую состоянию пациента;
- применяет соответствующие техники психотерапии;
- использует пассивные методы релаксации (массаж, музыка);
- побуждает пациента общаться с другими людьми, выражать эмоции, потребности, страхи, мнения;
- отвечает на вопросы пациента и помогает поддерживать доверие к команде по уходу;
- поддерживает связь с семьей пациента;
- учит пациента использовать средства самообороны.

Достижение психологической целостности

- Потеря самоуважения, утрата самовосприятия, ухудшение интеллектуального потенциала оказывают непосредственное влияние на собственную безопасность, изменяя способность к самозащите и принятию соответствующих индивидуальных мер;

Основными психологическими причинами воздействия опасностей являются:

- эмоции, беспокойство, страх, стресс, депрессия, одиночество, потеря надежды;
- интеллектуальные расстройства, психомоторные расстройства, психические расстройства;
- другие органические расстройства (например, расстройства сексуальной активности);

Адамс и Гурвиц сгруппировали *наиболее важные расстройства* следующим образом:

- психические расстройства: депрессия, тревога, страх, потеря инициативы;
- интеллектуальные расстройства: амнезия, отсутствие настойчивости;
- снижение способности к пониманию, ухудшение суждений;
- психомоторные нарушения: агитация, апатия, спутанность сознания, отказ от любых предложений, бредовые состояния;
- другие психические расстройства: агнозия (неспособность правильно распознавать предметы - пациент без сенсорных нарушений);
- апраксия (неспособность правильно выполнять жесты – пациент без двигательных нарушений);
- расстройства схемы тела;
- пропорциональные аномалии;
- пренебрежение парализованными конечностями;
- потеря личности;
- нарушения поведения (агрессивность по отношению к окружающим);

- пациент отказывается от любого сотрудничества, становится негативным;
- у пациента наблюдаются нарушения височно-пространственной ориентации.

Проявления зависимости:

- Агрессия, антисоциальное поведение, психологическая неуверенность, возбуждение, беспокойство, тревога, агрессивность, недоверие, страх, суицидальные мысли.

Вмешательства медсестры

- убирает травмирующие предметы вокруг пациента с психомоторным возбуждением;
- чтобы не травмировать пациента в случае судорожных припадков, удаляет его из опасной среды; при необходимости прибегает к иммобилизации (не принудительной);
- борится с путаницей и дезориентацией пациентов и обеспечивает постоянный контроль;
- не снимает и не выбрасывает предметы, которые могут обеспечить пациенту улучшение сенсорных функций: очки, слуховые аппараты и т.д.
- при необходимости обеспечивает для пациента доступность трости, костылей, рамы для ходьбы, инвалидного кресла;
- лично вводит пероральные лекарства, чтобы избежать путаницы, ошибок и взаимодействия лекарств;
- осуществляет парентеральное введение лекарств в строгом соответствии с предписанными дозами, режимом, графиком введения, правилами стерилизации и асептики;
- проводит инфузии, переливания крови, катетеризации, катетеры, клизмы с высоким уровнем профессионализма и следим за пациентом на предмет возможных постинтервенционных реакций;
- подготавливает пациента физически и психологически к любому виду обследования, вмешательства и лечения;

- принимает все необходимые меры для предотвращения нозокомиальных инфекций;
- обеспечивает психическую целостность пациента:
 - уважает желания пациента и его частную жизнь;
 - избегает отстраненного, словесно агрессивного и требующего от пациента отчета поведения в случае возможного задержания пациента при сборе, распределении по палатам, раздаче еды, посуды, лечении и исследованиях;
 - создает атмосферу доверия и надежды в медицинской и личной терапии;
 - уменьшает эмоциональное состояние и чувство страха, тревоги с помощью профессиональных объяснений и дает надежду;
 - поощряет посещения родственников и друзей, которые могут оказать пациенту благотворную моральную поддержку;
 - запрещает конфликты между пациентом и его родственниками;
 - уменьшает стресс и беспокойство пациента, предоставляя информацию и устраняя чувства никчемности, беспомощности, обесценивания;
 - удовлетворяет интеллектуальные потребности пациента;
 - стимулирует интеллектуальный интерес пациента;
 - обучает пациента с помощью соответствующей психотерапии;
 - какой бы ни была причина возбуждения пациента, она должна быть безвредной, чтобы не угрожать безопасности самого пациента или окружающих;
 - внимательно следит за поведением пациента;
- даёт седативные средства, транквилизаторы, гипнотики и т.д. назначенные врачом.
- Обучает пациента и членов его семьи:
 - Устранение чувства зависимости от заботы;
 - Создание атмосферы близости и сопереживания;
 - Устранение чувства никчемности и бессилия;
 - Избегание неправильного использования лекарств;

- Возвращение надежды на выздоровление и исцеление;
- Устранение стрессовых факторов и повреждений самовосприимчивости;
- Соблюдение диеты, лечебного режима и образа жизни, обусловленных заболеванием;
- Принятие болезни и адаптация к мерам предосторожности при изоляции;
- Сообщение о своих потребностях и сложностях на этом пути;
- Избегание преувеличений с мерами предосторожности при контакте;
- Избегание изоляции и одиночества;
- Избегание преувеличения функциональной инвалидности;
- Поощрение за выполненные пациентом действия;
- Планирование повседневных и развлекательных мероприятий;
- Поддержание активных методов перевоспитания;
- Продолжение социальной или профессиональной деятельности;
- Социальная и профессиональная реинтеграция в соответствии с состоянием здоровья и физико-психическими возможностями;
- Выполнение упражнения постепенно и постепенно, оценивая свои способности и выносливость;
- В случае хронических заболеваний терпеливое объяснение пациенту и его семье, что это состояние, при котором он может иметь длительную активность и относительно нормальную жизнь = трудовая терапия и социальная реинтеграция.

ДРУГИЕ ДИАГНОЗЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЕМ ПОТРЕБНОСТИ ИЗБЕГАТЬ ОПАСНОСТЕЙ

Один из диагнозов относится к оценке острой и хронической боли, проблемы, которая влияет на человека и делает его уязвимым для опасности или изменяет его физическую и психическую целостность

Из списка диагнозов по уходу, разработанного NANDA, можно выделить следующие:

- беспокойство;
- страх;
- изменение восприятия тела;
- изменение самооценки;
- повреждение целостности тканей, кожи или слизистой оболочки полости рта; риск инфекции, травмы, удушья или травматизации;
- непереносимость активности.

В работе Дж. Фуллер и Дж. Шаллер-Айерс "Оценка здоровья - сестринский подход", помимо *тревоги*, встречаются похожие диагнозы при оценке самоконцепции (самовосприятия), такие как:

- Нарушенный образ собственного тела; временное или постоянное снижение самооценки;
- Нарушенная личная идентичность; нарушенная самооценка;

Уход за собой: чистота и гигиена отражают самооценку человека. Люди с низкой самооценкой пренебрегают этой потребностью заботиться о себе. Одежда может дать представление о самооценке. Например, человек, который одевается в соответствующем стиле, может иметь положительную самооценку. С другой стороны, 45-летняя мать, одетая как ее 10-летняя дочь, может быть выражением неспособности принять свой возраст или роль матери.

Выражение лица может дать другие подробности о самовосприятии, особенно в случае словесного, противоречивого выражения. Например, если человек говорит, что все в порядке, но при этом плачет и избегает зрительного контакта, это дополнительная подсказка для сбора информации о нем (и последующего ее анализа и интерпретации). Хмурый, испуганный, гримасничающий взгляд может указывать на непонимание, боль при слушании или внезапную реакцию на то, что обсуждается. Пристальный ("пристальный") взгляд указывает на озабоченность, недоверие, удовольствие или неудовольствие. Отсутствие зрительного контакта может свидетельствовать

о низкой самооценке или быть культурно-специфической реакцией. Покраснение, обильное потоотделение и бледность могут свидетельствовать об аффективных реакциях, таких как страх, тревога, застенчивость (смущение) или гнев. Слезы могут означать горе, печаль или радость - по сути, интенсивную эмоцию

Позы, указывающие на низкую самооценку, включают в себя склонение головы, взгляд в землю, сидение в "сгорбленной" позе с опущенными плечами. Очень жесткая поза может указывать на физический дискомфорт, отсутствие реакции или оборонительную позицию.

Аффективные реакции, такие как беспокойство, раздражительность, вспыльчивость, гнев, уход в себя (изоляция), могут быть ключом к нарушенной самоконцепции или реакциям, связанным с потерей власти.

Тревога

Тревога - это патологическое состояние беспокойства, страха, вызванное болью, травмой, переутомлением/потерями, стрессом/неудачей/недостатком знаний (источник трудностей, характерный для исследуемого пациента/случая). *Страх и тревога* - это аффективные реакции на потенциальную или реальную опасность.

Очень важно правильно различать тревогу и страх, потому что вмешательства по уходу зависят от диагноза ухода. Человек *боится* боли, боится потерять контроль над собой, боится операции. *Тревога* связана с несколькими ситуациями и не всегда ассоциируется с конкретной угрозой.

В целом, тревога - это более примитивная реакция на угрозу. Например, ребенок может отреагировать на опасность скорее тревогой, чем страхом. Тревога возникает, когда угроза воспринимается, но человек не может понять или определить ее источник. И наоборот, страх - это реакция на явную, идентифицированную угрозу.

Подводя итог, можно сказать, что страх - это реакция на идентифицированную угрозу, в то время как при тревоге конкретная угроза менее очевидна. Карпенито (Carpenito, 1987) предполагает, что страх и тревога обычно сосуществуют, и в этом случае диагноз ухода

можно сформулировать как "Страх/тревога, о которых сообщается на сайте...." - диагноз, при котором будет рассматриваться прямой или не прямой уход.

Источники трудностей

- стресс на работе, в школе, в личных отношениях, например, в браке, в финансовой сфере, в результате эмоциональной травмы, например, смерти близкого человека;
- стресс, вызванный серьезным медицинским заболеванием;
- побочные эффекты некоторых лекарств;
- употребление запрещенных препаратов;
- проявления медицинского заболевания (сердечный приступ, инсульт, гипогликемия);
- недостаток кислорода, вызванный различными обстоятельствами (например, большой высотой, эмфиземой, легочной эмболией).

Проявления зависимости:

- мышечное напряжение;
- мышечные боли;
- головная боль;
- усталость;
- изменения в привычках питания (недоедание/переедание);
- раздражительность;
- депрессия;
- учащенное сердцебиение;
- неспособность сосредоточиться;
- диарея;
- боли в груди;
- сухость во рту;
- чрезмерное потоотделение;
- бессонница;
- чувство удушья, одышка
- гипервентиляция
- потеря полового влечения.

Цель 1: Уменьшить/устранить степень тревоги или пациент больше не должен испытывать чувство тревоги.

Вмешательства медсестры

Автономные:

- ✓ обеспечивает безопасную и защитную среду;
- ✓ оценивает степень нарушения и определите стрессовые факторы;
- ✓ определяет источник затруднений и вместе с пациентом устраняет его;
- ✓ следит за общим состоянием и поведением;

Делегированные:

- ✓ принимает участие в обследовании пациента;
- ✓ применяет предписанные лекарства;

Цель 2: Восстановить/сохранить психологическое равновесие или Пациент должен быть психологически уравновешен.

Вмешательства медсестры

Автономные:

- ✓ общается с пациентом и объясняет его состояние;
- ✓ отвечает на вопросы пациента;
- ✓ помогает поддерживать доверие к команде по уходу;
- ✓ поощряет пациента выражать свои чувства;
- ✓ организует вместе с пациентом занятия, чтобы вернуть ему чувство цели и уверенность в своих убеждениях;
- ✓ наблюдает за пациентом и контролирует эффект терапии;
- ✓ облегчает общение с близкими Вам людьми;
- ✓ подготавливает пациента ко всем методам исследования и лечения;

Делегированные:

- ✓ применяет предписанные лекарства.

Страх

Определение: состояние тревоги, вызванное реальной или воображаемой опасностью. Тревога часто ассоциируется со страхом.

Страх - это чувство, которое человек испытывает в связи с физической или психологической опасностью. Мы не должны преуменьшать важность этого чувства в связи с лечением, вмешательством или смертью. Когда медсестра знает, как распознать страх у человека, за которым она ухаживает, важно, чтобы она продемонстрировала понимание, готовность выслушать и успокоить.

Проявления зависимости

- Неясный страх; ужас; страх, ужас; паника; психосоматические реакции; ужас;

Цели

- выразить уменьшение страха в течение ... дней;
- выразить исчезновение страха в течение ... дней;
- свести к минимуму признаки страха в течение ... дней;
- продемонстрировать отсутствие признаков страха в течение ... дней.

Вмешательства медсестры

- При необходимости определяет вместе с человеком характер, интенсивность и причины страха;
- знакомит человека с новой обстановкой;
- дает краткие и точные объяснения планового ухода;
- вместе с командой по уходу планирует период ... минут в день, когда человек находится рядом с вами;
- исследует объект страха, чтобы определить, что именно человек считает угрожающим в этом переживании: средства исследования, анестезия, вмешательство; страх перед серьезным диагнозом, перед болью, перед одиночеством;
- определяет уровень тревожности человека;
- проясняет неправильное восприятие объекта страха;
- объясняет человеку, который боится одиночества, что член команды по уходу будет доступен в случае необходимости;
- обеспечивает безопасную обстановку: поднимает бортики кровати, убирает все предметы, которые могут поранить пациента или других.

Боль

Боль - это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, сопровождающее фактическое или потенциальное повреждение тканей или описываемое как травма. Она сопровождается психологическими реакциями, обостряются социальные проблемы и религиозные вопросы. Существуют различные формы горя, но мы можем разделить их на две большие категории:

— **Острая боль** - считается проявлением зависимости (симптомом) и сигнализирует о физиологических нарушениях, она является сигналом тревоги, сигнализирующим о болезни;

— **Хроническая боль** - это дисрегуляция нормального защитного механизма от внутренних и внешних агрессий, мы уже можем назвать ее болезнью, и длится она 1-6 месяцев или даже лет;

Роль медсестры в преодолении этих трудностей заключается в приеме лекарств, оказании помощи для облегчения физического дискомфорта, но терапевтическое общение с такими же страдающими пациентами имеет уникальное значение.

Проявления зависимости

- увеличение или уменьшение частоты дыхания;
- крики, вопли;
- обильное потоотделение;
- гипотония или гипертония;
- расширенные зрачки;
- неестественная гримаса;
- стоны; раздражительность;
- непрерывные движения;
- жалобы, нытьё;
- плач;
- тахикардия.

План ухода

а) острая боль

Цели

- выразить уменьшение боли в течение ... часов;
- выразить исчезновение боли в течение ... часов;
- свести к минимуму признаки боли в течение ... часов;
- продемонстрировать отсутствие признаков боли в течение ... часов.

Вмешательства медсестры

- Оценивает характеристики боли: локализацию, интенсивность, продолжительность, частоту, факторы, которые увеличивают или уменьшают ее интенсивность;
- Устанавливает характер возникновения боли и ее облегчения, чтобы соответствующим образом сгруппировать уход;
- Наблюдает за защитной позицией человека;
- Помещает человека в анталгическую позу;
- Использует дополнительные средства для уменьшения боли: теплые ванны, пакеты со льдом;
- Советует человеку сообщать о боли сразу же после ее появления;
- Сочетает прием обезболивающих препаратов с массажем, терапевтическим прикосновением;
- Убеждает человека практиковать брюшное дыхание через 5-10 минут после приема обезболивающих лекарств;
- Показывает человеку, что заботится о нём в целом, а не только о его боли;
- Информировать пациента о развитии боли, обезболивании и переносимости, а также о действии препарата;
- Помогает человеку в повседневной деятельности, когда это необходимо, чтобы сохранить энергию;
- Меняет положение в постели на каждые.....часа;
- Объясняет, что человеку разрешается жаловаться или бояться, выражать гнев или разочарование;
- Учит пациента, как принимать лекарства, каковы их побочные эффекты и как долго они действуют;

- Для облегчения боли помогает человеку с повседневными делами, питанием, гидратацией, гигиеной, мобилизацией и т.д. и постепенно позволяет ему делать это самостоятельно;
- Помогает человеку передвигаться, когда это необходимо;
- Убеждает его практиковать упражнения для мышц в пределах допустимого;
- Даёт обезболивающее за 20-30 минут до физических упражнений или активности;

б) хроническая боль

Цели

- выразить уменьшение боли в течение ... часов;
- выразить исчезновение боли в течение ... часов;
- свести к минимуму признаки боли в течение ... часов;
- продемонстрировать отсутствие признаков боли в течение ... часов.

Вмешательства медсестры

- Использует средства релаксации по выбору человека: массаж, чтение, музыку и т.д.;
- Иммобилизует болезненную область;
- Программные мероприятия в пределах возможностей человека;
- Предлагает постепенно увеличивать продолжительность упражнений и движений, не переусердствуя;
- Массируйте спину, руки и ноги;
- При первых признаках мигрени рекомендует лечь в тихой комнате с пакетом льда на голове и холодной мочалкой на глазах;

Измененная самооценка

Определение: снижение чувства собственного достоинства и компетентности. **Проявления зависимости:**

- Пессимистические мысли; неспособность принимать решения; отсутствие уверенности в себе; психосоматические реакции;
- Чувство неполноценности; чувство обесценивания.

Цели

- выразить свою возросшую самооценку в течение ... дней;
- выразить свои положительные чувства в течение ... дней;

- выразить свою способность справляться с трудностями в течение ... дней;
- принимать решения о повседневной деятельности в течение ... дней;

Вмешательства медсестры

- Выслушав человека, ограничивает выражение негативных чувств;
- Отождествляет с человеком ситуации и события, которые представляют для него наибольшую угрозу;
- Исследует вместе с человеком механизмы преодоления, которые он использует, чтобы справиться с ситуацией: поиск информации, размышления, доверительные беседы, отдых, направление энергии на работу, домашние дела, алкоголь, юмор, наркотики, лекарства, гиперсомния;
- Укрепляет здоровые механизмы преодоления трудностей;
- Приводит пациента к участию в рекреационных, образовательных мероприятиях, которые позволяют ему восстановить чувство собственного достоинства;
- Объясняет, что все случайные потери (развод, безработица, выход на пенсию) требуют периода адаптации;
- Подчеркивает, что любая корректировка изначально несет в себе чувство неуверенности;
- Помогает ему принять ситуацию, объясняя, что физическая зависимость не уменьшает его человеческой ценности;
- Убеждает пациента принимать как можно больше участия в собственном уходе, чтобы дать ему ощущение контроля;
- Планирует ежедневный уход вместе с человеком, чтобы постепенно восстановить его независимость.

Изменение восприятия тела

Определение: негативное восприятие физического облика, которое человек испытывает в результате потери какого-либо органа или функции или угрозы целостности личности.

Проявления зависимости:

- негативное восприятие собственного тела и его функций;

- психосоматические реакции;
- чувство досады/разочарования.

Цели:

- выражать положительные чувства по поводу своего самовосприятия в течение ... дней;
- выражать свое согласие прикоснуться к изуродованной части своего тела в течение ... дней;
- прикасаться к изуродованной части тела без отвращения в течение ... дней;

Вмешательства медсестры

- Оценить степень тревоги, сопровождающей физическую потерю;
- Сначала позволяет пациенту выразить свое отрицание, чтобы помочь ему адаптироваться;
- Через некоторое время ограничит отрицание и умело вернет пациента к реальности;
- Помогает человеку выглядеть наилучшим образом: новая прическа, новая одежда;
- Объясняет, что в такой ситуации нормально чувствовать злость, разочарование или депрессию;
- Постепенно заставляет его взглянуть на свою рану, ампутацию, колостому, мастэктомию, ожог и т.д.;
- Убеждает его постепенно участвовать в уходе.

Непереносимость активности

Определение: Недостаток энергии /биологической и психологической/ для выполнения или завершения необходимых или желаемых повседневных действий.

Определяющие черты:

- ✓ Аномальная реакция на активность;
- ✓ Аномальная реакция сердечного ритма на активность;
- ✓ Электрокардиографические изменения отражают аритмию;
- ✓ Электрокардиографические изменения отражают ишемию;
- ✓ Устное сообщение об усталости;

- ✓ Устное сообщение о слабости;
- ✓ Дискомфорт при нагрузках;
- ✓ Одышка при нагрузке;
- ✓ Связующие факторы;
- ✓ Постельный режим;
- ✓ Общая слабость;
- ✓ Дисбаланс кислорода и спинномозговой жидкости;
- ✓ Неподвижность;
- ✓ Малоподвижный образ жизни.

Цели:

- пациент выражает хорошее самочувствие при нагрузке;
- жизненные функции пациента адаптированы к нагрузке.

Вмешательства медсестры

- Оценивает состояние пациента при выполнении физических упражнений;
- Позволяет пациенту выразить свою усталость, слабость;
- Помогает пациенту адаптироваться к ситуации;
- Ограничивает активность пациента до момента реабилитации;
- Помогает пациенту удовлетворять основные потребности;
- Постепенно побуждает пациента к участию в уходе;
- Контролирует жизненные функции до, во время и после занятий, поведение, сознание;
- Обеспечивает безопасную среду;
- Применяет предписанные лекарства.

7.10. Потребность в общении

Автор: Наталья Зарбаилова

Определение: Потребность в общении - это человеческая потребность в обмене информацией с другими людьми. Она приводит в движение динамичный, вербальный и невербальный процесс, позволяя людям стать доступными друг для друга, иметь возможность делиться чувствами, мнениями, опытом и информацией

Важность эффективного общения в сестринской практике вполне понятна, ведь отношения между медсестрой и пациентом - это в первую очередь общение.

Независимость в удовлетворении потребности в общении

Независимость в удовлетворении потребности в общении предполагает целостность личности, органов чувств, достаточное интеллектуальное развитие, чтобы понимать смысл сообщений, которыми обмениваются люди.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей в общении

1. Биологические факторы:

- Возраст:
 - Ребенок может стать мощным партнером по общению;
 - Пожилых людей отличает прошлый опыт, стереотипы и негибкость мышления с малой возможностью адаптации;
- целостность органов чувств:
 - Оптимальное функционирование зрения, слуха, обоняния, вкуса, осязания;
 - Слух и зрение позволяют общаться с внешним миром; вкус и осязание защищают человека от опасностей в окружающем мире;
 - Целостность фонационных органов позволяет осуществлять вербальную коммуникацию;
 - Целостность опорно-двигательного аппарата делает возможным невербальное общение (жесты, движения);

2. Психологические факторы:

- Интеллект - на общение влияет степень интеллекта человека, способность понимать получаемые стимулы, мышление, воображение, память;
- Восприятие: личное отражение явления, объекта, которое осуществляется с помощью органов чувств; функция восприятия поддается обучению;
- Память: включает в себя способность собирать информацию о событиях, воспроизводить знания, познавать знания, представлять знания в ближайшей, краткосрочной и долгосрочной перспективе;
- Эмоции, недостаток уверенности, словарный запас выражаются через выражение лица, вербальный поток (радость-печаль; смех-плач) и часто приводят к неправильной интерпретации сообщения.

3. Социально-культурные факторы:

- Окружение играет решающую роль в удовлетворении потребности в общении; гармоничный климат в семье и в окружении позволяет человеку устанавливать аффективные связи; обмен - это передача сообщения от одного человека к другому;
- Культура и социальный статус: образование, уровень подготовки и знаний играют важную роль в общении;
- Адаптируйте речь в соответствии с уровнем знаний клиента;
- Речевые трудности: возникают, когда отправителю трудно найти нужные слова, чтобы выразить свои мысли;
- Личность: на общение влияет стадия развития человеческой личности; личность определяет, насколько человек уверен в своей способности выражать себя, самоутверждаться, устанавливать значимые связи с другими;
- Социальное восприятие: существуют различия в восприятии под влиянием предыдущего опыта, которые влияют на общение - люди разного возраста, образования, пола, культуры, темперамента будут иметь разное восприятие и по-разному интерпретировать ситуации;
- Система ценностей: религия, верования, убеждения - факторы, определяющие определенный образ мира и влияющие на межличностное общение.

Проявления независимости (самостоятельности) потребности в общении

1. Биологические проявления:

Правильное функционирование органов чувств:

- острота зрения;
- острота слуха;
- прекрасный вкус и аромат;
- тактильная чувствительность.

Вербальный дебет - легко;

- умеренный темп;
- ясный, четкий язык.

Невербальное выражение - движения;

- позы и жесты рук;
- выразительные черты лица;
- значительный взгляд;
- соответствующие сенсорно-перцептивные механизмы.

Психологические проявления

Легкое выражение - потребностей, желаний, идей, эмоций - четкое выражение мыслей;

Позитивное представление о себе - знание материального, духовного и социального "я";

Объективное восприятие полученного сообщения и способность проверить свои ощущения;

Правильное использование защитных механизмов;

Восприимчивость и доверие к другим;

Способность вступать и поддерживать стабильные отношения с другими людьми;

Социологические проявления;

Членство в группах по интересам;

Построение гармоничных отношений в семье, на работе, в кругу друзей.

Вмешательства медсестры для поддержания независимых коммуникативных потребностей

- Изучает вместе с пациентом его средства общения;

Учит пациента:

- Поддерживать целостность органов чувств (зрение, слух, вкус, обоняние);
- Использовать специальные средства для выражения чувств и эмоций;
- Иметь восприимчивое и доверительное отношение к другим людям;
- Общаться с близкими людьми.

Эффективная коммуникация включает в себя:

- Содержание;
- Понимание и реакция с точки зрения другого человека;
- Адекватное словесное выражение;
- Невербальное общение.

Компоненты общения:

- разработка, передача, прием, сообщения через:
 - участие;
 - умение слушать;
 - уход
 - искренность;
 - способность принимать: ответы, вопросы;
 - уважение.

Первый контакт:

- Представляемся пациенту: кто мы и почему мы здесь;
- Обращаемся к пациенту по его фамилии;
- Избегаем интимности, просторечия, неуместных шуток;

Эффективный контакт

- Задаем вопросы "по существу";
- Смотрим пациенту в лицо, не сдерживаясь;
- Стараемся быть на одном уровне с пациентом;
- Сосредотачиваем все свое внимание на пациенте;
- Смотрим пациенту в глаза;
- Принимаем слегка наклоненное вперед положение;

- Даём пациенту чувство контроля;
- Отвечаем с пониманием, демонстрируя глубокое участие и заботу о пациенте;
- Поддерживаем ассертивный характер общения с помощью: выражения лица, позы, тона голоса, жестов, вербального содержания;
- Определяем психологические факторы: эмоции, потребности, страхи, мнения;
- Помогаем участвовать в различных формах релаксации и отдыха;
- Правильно оцениваем степень недостаточного общения;
- Проявляем интерес к пациенту и к тому, что он говорит;
- Ограждаем общение от неприятия или агрессивности;
- Всегда приветствуем пациента с "доброжелательным" лицом;
- Придерживаемся непринужденного подхода и открытого отношения к пациенту;
- Выражение лица расслабленное, поддерживается зрительный контакт с глазами пациента и проявляется интерес к сообщениям пациента;
- Тон голоса демонстрирует уважение к пациенту, но при этом он тверд и полон уверенности, и соответствует жестам и выражаемым взглядам;
- вербальное содержание: искренний, честный;
- Вербальное содержание выражает: чувства уважения, понимания, принятия по отношению к пациенту;
- Вопросы: прямые, открытые, в соответствии с целью диалога;
- Ответы ободряют, избегая нейтральной ноты или по своей природе не поощряя беседу;
- Повторяем или перефразируем ключевые слова, чтобы помочь пациенту раскрыть суть описанной проблемы;
- Темп беседы должен быть ориентирован на пациента и четко выражен;
- Все невербальные действия могут быть дополнены записями без прерывания повествования, а уровень языка должен соответствовать индивидуальным особенностям пациента.

Зависимость в удовлетворении потребности в общении

Если общение неудовлетворительное, могут возникнуть следующие проблемы с зависимостью:

1. неэффективная сенсорная и моторная коммуникация;
2. интеллектуально неэффективное общение;
3. неэффективное эмоциональное общение.

Источники трудностей

1. Физические источники:

- повреждение мозга или нервов
- нарушения мозгового кровообращения; инсульт;
- дегенерация;
- травмы;
- усталость;
- сенсорный дефицит;
- переутомление;
- препятствия в функционировании органов чувств и языка (повязки, приспособления);
- боль;
- водно-электролитный дисбаланс;
- наркотики;
- приём определенных лекарств;
- алкоголизм.

2. Психические источники:

- Беспокойное мышление;
- Потеря, разлука, кризис;
- беспокойство;
- стресс;
- Эмоции: будучи субъективными переживаниями, они часто приводят к неправильной интерпретации сообщения;
- Предрассудки: отношение к разным людям как к единому целому;
- Поспешные выводы: избегайте признания реальности;
- Личность: на общение влияет стадия развития человеческой

личности; личность определяет, насколько человек уверен в своей способности выражать себя, утверждать себя, устанавливать значимые связи с другими;

- Дезадаптация к болезни;

3. Социологические источники:

- Неподходящая среда (жилье, рабочее место, отдых);
- Климат;
- Конфликт;
- Неудачи;
- Социальная изоляция;
- Неблагоприятный социальный и экономический статус;

4. Недостаток знаний

- Недостаточное знание себя, других и окружающей среды;
- Отсутствие интереса;
- Неадекватное образование.

НЕЭФФЕКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ НА УРОВНЕ СЕНСОРИКИ И МОТОРИКИ

Проявления зависимости:

1. Сенсорные нарушения:

- Слепота: потеря зрения;
- Снижение зрения: снижение остроты зрения;
- Глухота: потеря слуха;
- Гипоакузия: ухудшение слуха;
- Потеря вкуса (=агеузия) или ослабление вкуса (=гипогеузия), потеря комбинаций четырех основных вкусовых ощущений - сладкого, горького, кислого, соленого (чувство контроля над едой);
- Аносмия: потеря обоняния;
- Гипосмия: снижение обоняния;
- Гипоэстезия: снижение чувствительности кожи;
- Гиперестезия: повышенная чувствительность кожи;
- Анестезия: отсутствие или исчезновение одного или нескольких видов чувствительности, спонтанной или добровольной.

2. Двигательные расстройства:

- Рефлекторные нарушения: кожные, остеотендиозные, слизистые, вегетативные;
- Нарушения чувствительности:
- субъективные:
 - Колючесть, покалывание, онемение, боль;
- объективные:
 - Гиперестезия = аномальная чувствительность
 - Гипоэстезия = снижение чувствительности;
 - Анестезия = потеря чувствительности;
 - Астереогнозия = расстройство, при котором оцениваются объем и форма предметов;
- нарушения моторики:
 - Парез: снижение двигательной функции мышц;
 - Периферический паралич: мышечный тонус снижается, пассивные движения могут выполняться с гораздо большей амплитудой;
 - Центральный паралич: мышечный тонус сохранен или даже преувеличен, пассивные движения могут выполняться с уменьшенной амплитудой.

Среди них:

- Моноплегия: паралич одной конечности;
- Гемиплегия: паралич 1/2 боковых сторон тела (правой и левой);
- Параплегия: паралич нижних конечностей;
- Тетраплегия: паралич всех четырех конечностей

3. Нарушения координации:

- Атаксия - неспособность координировать группы мышц во время добровольных движений (некоординированные движения) - возникают неточные, нерешительные движения – возникает при поражении мозжечка или спинного мозга;
- Преднамеренное дрожание = интенсивное дрожание указательного пальца в пробе "указательный - нос".

4. Языковые расстройства:

- в зависимости от типа и локализации поражения мозга:
 - аудиторно-вербальная рецепция;
 - вербальное выражение;

Анализируем:

- Лексия - способность понимать написанные слова;
- Орфография - способность писать выборочно;
- Калькуляция - способность выполнять вычисления;
- Мимика.
- Афазия: полная или частичная потеря понимания и способности воспроизводить слова в результате повреждения мозга;
- Сенсорная афазия = говорить, но не понимать;
- Моторная афазия = нарушение/неспособность выражать свои мысли устно или письменно
- Дизартрия: трудности с артикуляцией слов, нечленораздельное произношение.
- Заикание: трудности с произношением слов, повторение или пропуск слогов за счет удлинения звуков
- Немота: пациент не отвечает, не общается с окружающими
- Дислalia: неспособность произносить определенные звуки, из которых состоят слова; речь становится нечленораздельной;
- Акалькулия = неспособность выполнять вычисления;
- Анартрия = неспособность произносить слова;
- Афония = потеря голоса;
- Алексия = неспособность понимать написанные слова;
- Аграфия = неспособность к выборочному письму;
- трудности с речью.

Аффективные реакции при сенсорной недостаточности или избытке:

- Беспокойство: отсутствие душевного спокойствия, беспокойство;
- Бездействие: недостаток физической или интеллектуальной активности, или и того, и другого
- Тревога: глубокое чувство дискомфорта или напряжения, беспокойство, которое человек испытывает в неопределенной ситуации.

Она проявляется в состоянии неудовлетворенности, неуверенности, волнения, страха и беспокойства из-за предчувствия опасности или угрозы, происхождение которой не осознается, и при отсутствии каких-либо провоцирующих причин. Он может быть острым или хроническим.

- Острая тревога - интенсивная форма тревоги, вызванная надвигающейся потерей или переменами, которые угрожают чувству безопасности и благополучия человека.
- Хроническая тревога - постоянное беспокойство, проявляющееся в неуверенности, возбуждении, страхе перед будущими событиями
- Замедление развития мышления: скорость ассоциирования идей замедляется;
- Галлюцинации: восприятие без объекта; в зависимости от анализаторов, это слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные, кожные галлюцинации;
- isolation - одиночество: состояние одиночества, замкнутости;
- скука.

Источники трудностей (этиология зависимости)

1. Физические источники:

- *внутренняя недостаточность вследствие:*
 - мозговых или неврологических расстройств;
 - нарушения кровообращения;
 - дефицита развития органов чувств;
 - деградации органов чувств;
 - травмы;
 - усталости;
- *внешняя недостаточность вследствие:*
 - снижения качества или количества стимулов;
 - лишения стимулов;
 - любого препятствия для функционирования органов чувств: повязки, приспособления, опухоли;
 - сенсорно-перцептивной перегрузки и переутомления;
 - дисбаланса гидроэлектrolитов и дисбаланса, вызванного

болью или употреблением наркотиков;

2. Психологические источники:

- расстройства мышления;
- беспокойство, стресс;
- кризисные ситуации - ситуации, которые знаменуют собой внезапные и значительные перемены в жизни человека;
- потеря или разлука с кем-то или чем-то, что Вы любите;

3. Социологические источники:

- шумовое загрязнение;
- неблагоприятная окружающая среда (дом, рабочее место и места отдыха);
- низкая или высокая температура окружающей среды, недостаточное освещение;
- отсутствие мер по охране труда.

Вмешательства медсестры - пациент с неэффективной сенсорной и моторной коммуникацией.

Цели - Автономные и делегированные вмешательства.

1. Пациент должен быть психически уравновешен:

- Успокаивает пациента относительно его состояния, объясняя цель и характер вмешательства;
- Знакомит пациента с окружающей обстановкой;
- Обеспечивает безопасную, спокойную обстановку;
- Применяет лекарства, рекомендованные врачом.

2. Пациент должен использовать средства общения, соответствующие его состоянию:

- Изучает коммуникативные возможности пациента;
- Обеспечивает средства коммуникации;
- Учит пациента использовать средства общения в соответствии с его/ее возможностями.

3. Пациент должен быть сенсорно компенсирован:

- Обеспечивает уход при сенсорных или двигательных нарушениях (слепоте, глухоте, параличе и т.д.); он призван дополнить потребности пациента, которые он не может удовлетворить

самостоятельно (есть и пить, передвигаться и сохранять хорошую осанку, поддерживать чистоту и целостность кожи, избегать опасностей);

- Применяет рекомендованные лекарства: мази, глазные, назальные, ушные инстилляции;
- Выполняет пассивные и активные упражнения, чтобы предотвратить осложнения в мышцах и суставах;
- Готовит пациента к различным сенсорным обследованиям и ухаживает за ним после обследования.

НЕЭФФЕКТИВНОЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

Проявления зависимости

1. Трудности с запоминанием прошлых событий

- Амнезия - полная потеря способности запоминать информацию и/или вспоминать сохраненную информацию;
- амнезия фиксации, удержания новых фактов;
- Амнезия воспоминаний, отсутствие способности воспроизводить или узнавать прошлые события;
- Трудность в понимании, суждении;
- Гипомнезия - частичная потеря памяти

2. Бессвязная речь

- вербальное общение, не имеющее отношения к ситуации;
- нелогичность в выражении;

3. Неадекватное поведение

- проявления, неуместные в данной ситуации;

4. Трудности с пониманием сообщения

- трудности, связанные со скоростью обработки, детализацией или организацией письменной или устной информации;

5. Трудности с донесением информации

- отправлять неясные и неполные сообщения;

7. Путаница

- Патологическое состояние, характеризующееся нарушениями временной, пространственной, перцептивной и т.д. ориентации;

8. Обнубиляция

- Расстройство сознания, при котором психические функции замедлены, порог восприятия повышен, что приводит к нарушению восприятия и в целом к нарушению контакта и ориентации в окружающей среде, не сопровождающееся амнезией;

9. Дезориентация

- Потеря чувства ориентации во времени и/или пространстве.

Источники трудностей

1. Физические источники:

- *Внутренние нарушения вследствие:*
 - повреждения коры головного мозга;
 - интеллектуального нарушения, вызванные болезнью или употреблением наркотиков;
 - дефицита развития;
 - дегенерации интеллектуальных способностей вследствие старения;
 - отсутствия стимулов.
- *Внешние нарушения, вызванные неясными сообщениями извне:*
 - гидроэлектrolитический дисбаланс или боль, усталость, переутомление, перенапряжение и сенсорно-перцептивное перенапряжение.

2. Психологические источники:

- беспокойство;
- стресс;
- беспокойное мышление;
- кризисная ситуация;
- потеря или разлука с кем-то или чем-то, что Вы любите;
- неправильное приспособление к роли больного;

3. Социологические источники:

- трудности с обучением новым вещам;
- обесцененный социально-экономический статус;
- плохое образование;
- конфликты и/или ролевые неудачи;
- изоляция.

Вмешательства медсестры в работу с пациентом с нарушенным интеллектуальным общением

Цели - Автономные и делегированные вмешательства

Пациент должен ориентироваться во времени, пространстве и собственной личности

- Помогает пациенту ориентироваться во времени, пространстве и по отношению к себе;
- Предлагает пациенту вести дневник;
- Помогает пациенту заполнить дневник;
- помогает им осознать свои способности и предпочтения;
- Позволяет больному человеку делать все, что он может, используя свои собственные средства.

НЕЭФФЕКТИВНОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

Проявления зависимости:

- **Агрессия** - импульсивное поведение в виде драк, ударов, нападений на других;
- **Психическое отчуждение** - неспособность человека контролировать свои действия; он не может ни оценить свои страдания, ни взять на себя ответственность за свои поступки;
- **Девальвация** - негативное восприятие самооценки и компетентности человека;
- **Эгоцентризм** - преувеличенная озабоченность собой, своим здоровьем, одеждой, профессией и, как следствие, чувство преследования;
- **Фобия** - навязчивый страх перед чем-то, от чего страдалец не может избавиться;
 - Агорафобия - боязнь открытого пространства;
 - Клаустрофобия - страх оказаться закрытым в помещении;
 - Нозофобия - страх перед болезнью.
- **Эйфория** - состояние очень хорошего настроения, но без предмета;
- **Бред** - нарушение мышления немотивированным присутствием, не соответствующим реальности, в сочетании с верой пациента в его правдоподобность.

- **Мысли о самоубийстве**
- **Галлюцинации** - восприятия без объекта, слуховые, зрительные;
- **Неадекватное самовосприятие**, отказ от самооценки - негативное восприятие человеком своей внешности.
- **Трудности с самоутверждением** - невозможность делать то, что они предпочитают делать.
- **Трудности с выражением чувств**, идей, мнений - не выражение чувств, идей, мнений.
- **Трудности с установлением значимых связей со сверстниками** - изолируется, отказывается от связей со сверстниками.
- **Печаль** - подавленное состояние чувств; горе, горечь; меланхолия;
- **Апатия** - состояние безразличия, отсутствие интереса к какой-либо деятельности и к окружающему миру.
- **Интерниоризация** - отражение явлений внешней реальности в своем сознании через призму собственной чувствительности;
- **Чувство отказа** - не согласие принять; не удовлетворение; не признание; отказ.
- **Депрессия** - печаль, уныние.

Вмешательства медсестры в работу пациента с эмоционально неэффективным общением

Цели - Автономные и делегированные вмешательства

4. Пациент должен уметь самоутверждаться, иметь позитивное самовосприятие:

- Анализирует предыдущие таланты и достижения пациента;
- Позволяет пациенту выразить свои потребности, чувства, идеи и желания;
- Вовлекает больного человека в различные виды деятельности, которые дают ему ощущение полезности;
- Держит пациента под постоянным наблюдением. Ежедневно фиксирует изменения в:
 - настроении пациента;
 - в вербальном и невербальном выражении.

5. Повысить отзывчивость пациента к окружающим:

- Помогает пациенту определить свои возможности слушать,

обмениваться идеями с другими, создавать значимые связи;

- Создаёт благоприятный климат для налаживания отношений со сверстниками.

Ежедневно записывает изменения в общении с другими людьми.

6. Способствовать самоутверждению пациента:

- Дает пациенту возможность принимать собственные решения;
- Обучает пациента: технике ассертивности, технике общения, технике релаксации;

Наблюдает и отмечает поведение пациента и его общение с окружающими будут отмечаться ежедневно.

7. Пациент должен быть защищен от внутренних или внешних опасностей:

- Дает прописанные лекарства: антидепрессанты, анксиолитики, транквилизаторы.

Наблюдает и отмечает эффект анксиолитиков, антидепрессантов, транквилизаторов.

Неэффективные вмешательства:

- минимизирует факты или эмоции, о которых сообщает пациент;
- персонализирует вопросы и проблемы, о которых сообщается;
- универсализирует понимание проблем;
- не соглашается с высказываниями пациентов;
- демонстрирует предвзятое отношение;
- приводит в замешательство, не зная, как использовать вопросы;
- демонстрирует субъективное суждение;
- не предлагает никаких альтернатив.

Взаимозависимость потребности в общении с другими базовыми потребностями

Невозможность удовлетворить потребность в общении плохо влияет на хорошие отношения с другими потребностями.

- *Двигаться, сохранять хорошую осанку:*
 - дискомфорт и ухудшение мобилизации из-за неправильного общения.
- *Поддерживать температуру тела в пределах нормы:*
 - отсутствие сбора данных и реализации вмешательств из-за

неправильного общения.

- *Дыхание:*
 - уменьшение/неспособность сообщить о неэффективном дыхании.
- *Еда и питье:*
 - Дефицит питания из-за снижения/неспособности сообщать о голоде/жажде.
- *Выделение:*
 - Нарушение выделения из-за уменьшения/неспособности выразить потребность.
- *Быть чистым, ухоженным и защищать свою кожу:*
 - трофические и кожные нарушения в результате уменьшения/неспособности сообщить о том, что он мокрый-грязный.
- *Спать, отдыхать:*
 - Неспособность выразить недостаток отдыха, сна и т.д.
- *Одевание и раздевание:*
 - Неспособность выразить свои привычки и предпочтения в одежде.
- *Избегание опасностей:*
 - Неспособность выразить свои потребности, страхи, мнения и т.д.
- *Жить в соответствии с собственными убеждениями и ценностями:*
 - Нарушение коммуникативных функций делает невозможным посещение религиозных служб.
- *Забота о своей самореализации:*
 - Изоляция из-за трудностей в общении;
- *Отдых:*
 - снижение/невозможность участвовать в развлекательных мероприятиях;
- *Обучение:*
 - Игнорирование повторного обучения при расстройствах речи и коммуникации.

Процесс ухода/ сестринский процесс

1. Сбор данных:

- просматривать данные/информацию о пациенте, находящемся под наблюдением.

2. Анализ и интерпретация данных:

Возможные проблемы с зависимостью:

- неэффективная сенсорно-моторная коммуникация,
- интеллектуально неэффективное общение,
- неэффективное эмоциональное общение.

Проявления зависимости: сенсорные нарушения, нарушение речи, трудности с пониманием, бессвязная речь, замешательство, дезориентация, трудности с выражением чувств, трудности с самоутверждением, трудности или неспособность установить значимые отношения и т.д.

Источники трудностей: сенсорный дефицит, перенапряжение, боль, употребление наркотиков, водно-электролитный дисбаланс, беспокойство, стресс, дезадаптация к болезни, неблагоприятный социально-экономический статус, социальная изоляция, недостаточное образование, отсутствие знаний.

3. Диагностика предшествующего ухода = P.E.S.

4. Планирование ухода.

Потенциальные цели пациента:

- демонстрировать возросшие коммуникативные навыки, ежедневно сообщая о своих наблюдениях;
- демонстрировать, что они понимают необходимость общения, доверяют команде по уходу;
- обеспечить хорошее зрение путем исправления ошибок рефракции;
- своевременно исправлять отклонения в речи (логопедические упражнения);
- быть информированным о болезни, ее развитии или исследованиях;
- способствовать общению с семьей, демонстрировать свои собственные чувства;

- быть психически уравновешенным, эффективно общаться с другими людьми;
- свести к минимуму беспокойство, связанное с трудностями общения, болезнью;
- правильно произносить некоторые распространенные слова, передавать невербальные сообщения;
- формулировать полные предложения, начинать разговор, выражать улучшенную коммуникацию;
- признать семью и членов команды по уходу.

Вмешательства медсестры:

- автономные;
- делегированные.

Общие вмешательства:

- Наблюдает за поведением пациента, выражением его лица;
- Выявляет сенсорные и моторные, слуховые, зрительные, сексуальные, эндокринные, опорно-двигательные, нарушения;
- Проводит собеседование/интервью, которое собирает данные о человеке и позволяет провести соответствующий отбор и оценку;
- Проводит обычное или невербальное общение с пациентом;
- Наблюдает за нарушенным общением, невербальными методами общения.

Оценка ухода:

Относится к:

- Уровню осознанности пациента, зависимости, жалоб;
- Типу общения: вербальный или невербальный, тип речи, язык;
- Отношению, может контролировать или не контролировать окружающую обстановку, поддерживает контакт с семьей, все понимает;
- Способности выразить свои желания, потребности, мнения, уровень знаний;
- Другим сопутствующим признакам.

7.11. Потребность в жизненных ценностях, вероисповедании

Автор: Диана Киоса

Определение: Потребность действовать в соответствии с собственными убеждениями и ценностями, исповедовать религию - это потребность человека делать жесты, действовать в соответствии с собственным образом мышления, представлениями о добре и зле, справедливости, следовании идеологии.

Независимость в удовлетворении потребностей

Ни одно человеческое существо не существует в изоляции. Он находится в постоянном взаимодействии с другими людьми, членами общества и с космической жизнью или высшим/абсолютным Существом.

Это взаимодействие подчеркивает их жизненный опыт, убеждения, верования и ценности и, с другой стороны, развитие личности.

Поиск объединяющего мировоззрения, помогающего видеть жизнь как единое целое и находить смысл в каждой ее части, так же стар, как и человечество. Эту роль играли как древние религии, так и теологически ориентированные верования более поздних времен. Антропологи неизменно утверждают, что даже в примитивных современных культурах существуют концепции мира, которые интерпретируют опыт людей и направляют их деятельность.

Мировоззрения в этом отношении различаются. Одни более оптимистичны, другие более пессимистичны. Одни глубоко этических, другие моральны лишь случайно. Не все они в равной степени и одинаково удовлетворяют человеческие желания, но все они выражают глубокую человеческую потребность.

Мировоззрение необходимо как руководство к размышлению, для классификации возможных видов деятельности и для определения приоритетности определенных действий в рамках конкретной деятельности (решения о карьере, моральные решения, использование времени, семейная жизнь и т.д.). Мир, полный вещей, о которых мы можем думать, и в котором существует множество идей и теорий обо

всем на свете, заставляет нас быть избирательными. Но концепция мира также необходима для того, чтобы направлять наши действия, поскольку нам приходится выбирать среди бесчисленного множества дел, которые нужно сделать, и среди бесчисленного множества мест, куда можно пойти, среди множества видов действий и множества возможных призваний.

Ни одно общество не может жить без согласованного набора стандартов; любовь, забота, честность, порядочность, доверие, надежность, прощение, свобода выбора - вот лишь некоторые из них.

Существуют факторы, влияющие на удовлетворение этих потребностей, в том числе:

1. Биологические факторы

Жесты и поведение тела: позволяют пациенту удовлетворить эту потребность, в зависимости от его убеждений, религиозной принадлежности или того и другого.

2. Психологические факторы

Эмоции и импульсы человека, желание общаться с Высшими Силами, поиск, поиск смысла жизни и смерти. Все это заставляет человека реализовывать жесты и ритуалы, которые отвечают его убеждениям и ценностям.

3. Социологические факторы

Культура: общества по своим традициям, убеждениям и ценностям относятся к религиозным практикам или применению гуманитарных идеологий. В некоторых обществах допускается определенная религиозная практика, в то время как другие придерживаются совершенно иных религиозных практик. Культура и история народа в значительной степени влияют на человека и его отношения с Высшим Существом или отношения с другими людьми.

Религиозная принадлежность сильно влияет на действия, которые люди предпринимают для удовлетворения своих потребностей. Во время социализации ребенка родители играют важную роль в привыкании ребенка к убеждениям и ценностям, связанным с религиозной принадлежностью. Взрослый человек также подвержен влиянию социальных норм в отношении религиозной принадлежности,

однако у него есть определенный выбор - придерживаться или не придерживаться той или иной религии в зависимости от личных убеждений. У пожилых людей религиозная практика либо усиливается, либо появляется вновь, если впоследствии она была оставлена.

Сегодня самыми популярными религиями в мире являются:

- Христианство - самая распространенная религия в мире;
- Исламизм на Ближнем Востоке;
- Буддизм, распространенный среди азиатских народов;
- Индуизм, исповедуемый индусами;
- Иудаизм, религия евреев.

Было доказано, что внимание к духовности приводит к снижению риска смертности, повышению качества жизни, улучшению психического здоровья, снижению курения, употребления алкоголя и наркотиков, уменьшению симптомов депрессии и снижению суицидального поведения.

Исследования показали, что, особенно в случае серьезных заболеваний, духовность важна для многих пациентов. Духовные потребности существуют, и больные обращаются за религиозными услугами. Отсутствие этих забот ассоциируется с низким качеством жизни.

Религия и медицина дополняют друг друга

Некоторые сразу идут к врачу, другие читают молитвы и надеются, что чудо чудесным образом избавит их от болезни. Медицина и религия дополняют друг друга, но в то же время и противоречат друг другу. В то время как одна заботится о душе больного, другая, врач, заключает договор с Богом (или дьяволом), чтобы спасти человеческую жизнь. Очень легко попасть в руки священника, когда Вы отказываетесь от помощи врача. Ниже приведены примеры, которые противоречат религиозным принципам

Православная церковь: аборт - преднамеренное убийство со стороны родителей.

Католическая церковь: когда жизнь матери находится в опасности и врачи стоят перед выбором, чью жизнь спасти, этическое решение остается за матерью.

Мусульманская лига: лечение алкоголем запрещено, а лекарства, содержащие вещества животного происхождения, не разрешены.

Вера бахаи: только семья может решать вопрос о количестве детей.

Еврейская религия/Еврейская синагога: суббота очень важна, никаких операций.

Евангельская баптистская церковь: не запрещает ничего, когда речь идет о человеческой жизни.

Харе Кришна: Практика йоги, объясняющая преимущества удержания спермы в мужском организме.

Свидетели Иеговы: заповедь о воздержании от крови очень ясна - она выше жизни.

Православная церковь

- **Методы контрацепции.** Бог благословил детей рождаться по любви, по любви между матерью и отцом, и его последователи считают, что, используя методы контрацепции, человек идет против жизни и воли Создателя.
- **Экстракорпоральное оплодотворение.** Звучит как спасение для бездетных. Бог благословил рождение ребенка от любящего акта матери и отца. Экстракорпоральное оплодотворение - это принуждение к Божьей воле.
- **Иммунизация.** Вакцинация - это святое причастие, но Церковь не против вакцинации.
- **Пересадка органов.** Если орган отдается для того, чтобы помочь кому-то, то это считается актом любви к ближнему. Пересадка органов в коммерческих целях не допускается.
- **Переливание крови** - это тоже акт благотворительности.

Католическая церковь

- **Аборты.** Определенно против абортов, которые считаются убийством.
- **Экстракорпоральное оплодотворение.** Церковь выступает за жизнь, за ее естественное зачатие. Любая попытка копировать жизнь без основополагающего элемента творения, где есть

семья и естественный акт зачатия, противоречит моральному и естественному закону, противоречит вере.

- **Иммунизация.** Все, что направлено на здоровье, жизнь и физическое качество тела, не противоречит желанию человека помочь своим ближним жить.
- **Пересадка органов.** Церковь призывает осознать акт пожертвования, благотворительности, даже в исключительных ситуациях (смерть мозга).

Мусульманская лига

- **Трансплантация органов.** Ислам разрешает пересадку только в том случае, если донорский орган не является жизненно важным.
- **Аборт.** Ислам запрещает аборты, которые являются грехом. Исключения могут быть сделаны в случаях, когда беременность угрожает жизни матери или ребенка. Если медицинская комиссия определит, что ребенок родится с тяжелыми нарушениями или врожденными пороками развития, которые не поддаются лечению, то аборт разрешен. Если аборт был преднамеренным, умышленным - из-за страха перед бедностью или по другим причинам, - он считается убийством.
- **Переливание крови.** Ислам ставит жизнь во главу угла. Таким образом, если жизнь человека зависит от переливания крови, то оно не то что разрешено, оно даже обязательно.
- **Вакцинация.** Они разрешены только в том случае, если не содержат запрещенных вещей, т.е. если они не животного происхождения и не содержат алкоголя.
- **Экстракорпоральное оплодотворение.** Ислам разрешает экстракорпоральное оплодотворение.

Проявления независимости

Убеждения

- личные убеждения о реальности;
- посещение религиозных церемоний;
- использование религиозных предметов;

Религия

- форма общественного сознания, характеризующаяся верой в сверхъестественные существа, сверхъестественные силы;
- соблюдение правил какой-либо религии;
- изучение религиозных, духовных или гуманитарных писаний;

Ритуал

- набор религиозных церемоний какой-либо религии;
- принадлежность к религиозным или гуманитарным группам;

Духовность

- набор верований и практик души;
- время для молитвы и медитации;
- жесты и взгляды;

Мораль

- набор правил поведения и ценностей, которые считаются правильными в обществе;
- участие в благотворительных акциях;
- участие в актах гуманности
- участие в социальных, гуманитарных или творческих акциях;

Ценности

- набор убеждений и навыков, которые отражают не только то, что желательно, но и то, что полезно для человека; например, красота, истина, доброта;

Свобода

- способность действовать в соответствии с собственными убеждениями или желаниями; человек обладает полной свободой действий и оптимальным психическим здоровьем (адаптировано).

Вмешательства медсестры для поддержания независимости

- ✓ Побуждает пациентов выражать свои собственные убеждения и ценности;
- ✓ Планирует религиозные мероприятия вместе с пациентом;
- ✓ информирует пациента об услугах сообщества;
- ✓ опосредует деятельность в соответствии с желаниями и убеждениями пациента;

- ✓ Поощряет пациента выразить свои чувства по поводу проблемы;
- ✓ Даёт лекарства, назначенные врачом;
- ✓ Заботится о пациентах независимо от расы, вероисповедания, идеологии или цвета кожи;
- ✓ Конфиденциальные сведения, высказанные пациентом, являются профессиональной тайной и не подлежат разглашению.

Зависимость в удовлетворении потребностей

Когда эта потребность не удовлетворяется, может возникнуть чувство вины и фрустрации.

1. Чувство вины - болезненное ощущение противоречия собственным убеждениям и ценностям, которое заставляет человека чувствовать себя виноватым. Каждый человек, вероятно, сталкивается с ситуациями, когда предпринятые инициативы или неудачные события могут вызвать чувство вины.

Вмешательства медсестры

- ✓ Поощряет пациента выразить свои чувства по поводу проблемы;
- ✓ Способствует осуществлению его убеждений;
- ✓ Работает над восстановлением самооценки пациента;
- ✓ Планируйте вместе с больным такие мероприятия, чтобы он чувствовал себя полезным;
- ✓ Позволяет ему общаться с желанными, близкими людьми;
- ✓ При необходимости даёт антидепрессанты, транквилизаторы (по предписанию врача).

Проявления зависимости

Чувство вины	– горечь – самонаказание – самообвинение – мания бесполезных оправданий – понимание болезни как наказания – чувство недостойности – изогнутое положение – медленные движения
--------------	---

Проявления депрессии	– проявления гнева против Бога – плач – бессонница – заикание
Проявления тревоги	– тахикардия – прохладная, влажная кожа – гипервентиляция – ярость – гнев

2. Фрустрация - состояние человека, который чувствует, что ему отказывают или не дают удовлетворить какую-либо потребность. Препятствия в выполнении жестов или действий в соответствии с личными представлениями о правильном, неправильном или хорошем, а также трудности в участии в религиозной деятельности вызывают у человека чувство Разочарование.

Вмешательства медсестры

- ✓ Помогает пациенту определить причину разочарования;
- ✓ Поощряет его выражать свои чувства и потребности;
- ✓ Обеспечивает его конфиденциальность и хранит его секреты;
- ✓ Часто общается с пациентом, проявляя заботу;
- ✓ Ищет способы исповедования религии (чтение религиозной литературы);
- ✓ при необходимости вводит седативные препараты.

Проявления зависимости

Ощущение потери свободы действий	Деятельность (действия), предлагаемая социальными нормами, но не используемая индивидуумом, из-за низкого культурного уровня, недостатков образования, приводит к изоляции. Действовать вопреки желанию человека
Чувство бесполезности	– горечь, печаль – плач
Подчинение определённому режиму	– нежелательное лечение – лекарства – кормление грудью

Невозможность осуществлять религиозную практику	– неспособность читать религиозную литературу, участвовать в групповых или членских мероприятиях, следовать требованиям своей религии – отсутствие мест или способов для занятий, лежащее состояние – физические ограничения – аудиовизуальный дефицит – побочные эффекты лекарств
Расстройства мышления	– путаница – дезориентация – галлюцинации
Беспокойство о смысле собственного существования	– озабоченность о смысле своих страданий – озабоченность о смысле жизни и смерти, об убеждениях и их ценности

7.12. Потребность реализовать себя и быть полезным

Автор: Мария Гарабажиу

Определение: Самореализация - это потребность каждого человека выполнять действия, которые позволяют ему удовлетворять свои потребности или быть полезным для других. Эти действия позволяют ему развивать свои творческие способности и полностью реализовывать свой потенциал.

Независимость в удовлетворении потребностей

Человеку нужен социальный престиж, признание и уважение окружающих, а также уверенность в себе и чувство собственного достоинства. Система человеческой жизни особенно хрупка. Ее нормальное функционирование обеспечивается доверием окружающих и, в особенности, собственной уверенностью в себе. Недостаток доверия, признательности, уважения негативно влияет на человека. Напротив, уверенность каждого в своих силах, уважение окружающих - это мощный стимул, обеспечивающий поддерживающую, ободряющую обстановку, в которой можно встретить жизненные трудности и неопределенность.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей

▪ Биологические факторы

– Возраст и рост

Детство. Доминирующим видом деятельности ребенка является игра. Она позволяет ребенку развиваться, знакомиться с окружающим миром и интегрироваться в общество. Игра влияет на все аспекты развития ребенка: восприятие, память, воображение, мышление, чувства, волю.

Дошкольный возраст - это возраст, когда отношения ребенка с обществом становятся заметными. Доминирующим видом деятельности является обучение, но ребенок также участвует в играх. Предпочтение отдается командным играм, соревновательным играм, требующим изобретательности и самоотдачи. Специфическим для этого возраста является творческое воображение как форма самоутверждения. Самосознание сильно развито, и ребенок начинает узнавать других, наблюдая за ними и сравнивая себя с ними.

Подростковый возраст - интеллектуальный уровень и социальный опыт позволяют проявлять большую независимость в достижении целей и руководстве деятельностью, но также и ответственность. Подростковый возраст - это возраст формирования жизненных идеалов, проецирования личности подростка в будущее; и способности бороться за их реализацию. Они более точны в самооценке, начинают воспринимать критику, принимать во внимание точку зрения других.

Зрелость - взрослый человек, играющий несколько ролей в обществе, ценится в зависимости от того, насколько он выбирает эти роли и насколько эти роли удовлетворяют его стремления. Интерес и увлеченность работой, а также достижение целей являются мощным источником удовольствия. Пожилые люди также могут сделать акцент на занятиях, которые они выполняют в соответствии со своими вкусами и физическими возможностями, используя накопленный опыт. Это один из важнейших факторов долголетия.

– **Телосложение и физические возможности**

Люди должны выбирать такие виды деятельности, которые позволяют им работать в соответствии с их конституцией и физическими возможностями. Поручение большой ответственности или деятельности, требующей особых усилий, людям, не приспособленным к таким задачам, перегружает их и является основной причиной физического и нервного переутомления.

▪ **Психологические факторы**

– **Эмоции**

Они возникают в контексте деятельности, которую выполняют люди, и связаны с оценкой, приданием ценностного смысла выполняемой деятельности. Радость, энтузиазм, надежда, удовольствие и благополучие влияют на удовлетворение этих потребностей.

▪ **Социологические факторы**

– Общая и индивидуальная **культура** играет важную роль в развитии человека. Люди выбирают профессию, которая позволяет им самоутвердиться, используя полученные знания.

– **Социальные роли**

Человек свободен в выборе учебы и работы и может полностью реализовать свой потенциал в соответствии с социальными нормами. Люди также реализуют себя в соответствии с ролями, которые они играют в обществе, исходя из своей подготовки, воли и желания обеспечить сохранение этих ролей.

Проявления независимости

Физическая и психическая целостность. Оптимальная активность физиологических функций в соответствии с конституцией человека. Гармоничное развитие, физическая и психическая полноценность позволяют выбирать любой вид деятельности и выполнять социальные роли.

Проявления радости и счастья. Позитивная активность (состояния довольства, удовлетворенности, радости, энтузиазма, любви, милосердия) обычно носит созидательный характер, является источником органического и психического здоровья, поскольку связана с увеличением жизненной энергии, с созданием атмосферы релаксации.

Самокритика. Принятие критического отношения к собственным идеям и действиям и восприимчивость к мнению других.

Принятие решений. Скорость, с которой человек обдумывает сложную ситуацию и выносит наиболее подходящее суждение.

Самоуважение. Объективная оценка своих способностей, преобладающих черт характера в сравнении с другими; чертой самопознания является достоинство; достоинство означает осознание собственной ценности в условиях уважения к другим и право принимать решения.

Самовосприятие. То, как мы воспринимаем свои физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и духовные характеристики.

Поведение

– Ребенку необходимо:

- ✓ Удовлетворение от школьных успехов, высокая оценка его/ее работы учителем, родителями, сверстниками. Это удовлетворение стимулирует стремление к самоутверждению.
- ✓ В случае со спортивными мероприятиями, необходимо проявить изобретательность, решительность, преданность успеху команды.
- ✓ Общественная, семейная деятельность: осознает, что выполняемая работа важна, выполняет ее со всей серьезностью, ответственностью.

– Взрослые и пожилые люди:

- ✓ Любовь, интерес к работе и преданность делу влияют на качество работы.
- ✓ Признание результатов своих усилий, личное удовлетворение от своей работы, признание коллектива и т.д. привносят мотивацию в работу человека.
- ✓ Амбиции - горячее желание достичь как можно большего в выполняемой работе.

- ✓ Мотивация - совокупность побуждений, которые заставляют человека выполнять действия, направленные на его самореализацию.
- ✓ Социальные роли - освоение, подчеркивание этих ролей с помощью действий, которые приводят к удовлетворению, самореализации, благополучию (роль в семье, на работе, в обществе).
- ✓ Использование свободного времени - индивидуальное занятие, позволяющее удовлетворить какую-либо потребность; выражается в принадлежности к социальной группе (культурной, спортивной, политической и т.д.), дающей возможность использовать собственные убеждения и ценности в приятных и полезных занятиях.

Вмешательства медсестры для сохранения независимости в удовлетворении потребностей:

- информируется об интеллектуальных и физических желаниях и возможностях человека;
- помогает ему составлять ежедневный план;
- направляет человека на занятия, которые соответствуют его способностям и позволяют ему реализовать свой потенциал;
- поощряет любую интересующую вас деятельность;
- стимулирует и поддерживает их для достижения желаемых результатов.

II. Зависимость в удовлетворении потребностей

Проблемы с зависимостью:

- 1. Обесценивание**
- 2. Беспомощность**
- 2. Сложности в самореализации**
- 3. Трудности с принятием социальных ролей**

Источниками трудностей, связанных с этими проблемами зависимости, являются:

- **Физические:** нарушение функции, инвалидность, отсутствие контроля сфинктера, физическая неполноценность, препятствие движению, боль.

- **Психологические:** расстройства мышления, тревога, стресс, потеря самовосприятия, потеря - разлука, кризис.
- **Социальные:** профессиональные неудачи, профессиональные конфликты, социальные условия, законы и правила, противоречащие ценностям индивидуума, недостаток знаний: недостаточное знание себя, других, окружающей среды.

1. ОБЕСЦЕНИВАНИЕ: негативное восприятие индивидуумом своей личной ценности и компетентности

<i>Проявления зависимости</i>
Чувство неполноценности и потеря самооценки Пациент не может принять свое новое состояние, то, как он выглядит, его внешний вид
Трудности с участием в обычной или новой деятельности Зависимое состояние не позволяет ей участвовать в мероприятиях
Уныние, депрессия Чувство грусти, связанное с неудовлетворенностью
Ощущение изоляции, никчемности, отверженности Удаление из коллектива, неиспользование в различных видах деятельности
Неспособность преодолевать трудности Не может преодолеть некоторые критические моменты, которые снижают его уверенность в себе
Сонливость, пассивность Сонливость, безразличие к тому, что происходит вокруг
Агрессивность Вызывающее поведение всегда, постоянное желание поругаться
Снижение мотивации, интереса, концентрации Пациент не находит нужным заниматься деятельностью, незаинтересован, невнимателен
Невозможность действовать согласно своим предпочтениям Физическая, психологическая или социальная зависимость не позволяет пациенту заниматься любимыми делами
Отчаяние Состояние отчаяния, запустения, особого бедствия
Зацикленность на своих проблемах Пациент постоянно озабочен своими проблемами, которые для него приоритетнее работы, выполняемой для реализации

2. БЕСПОМОЩНОСТЬ: восприятие человеком отсутствия контроля над событиями в данной ситуации.

<i>Проявления зависимости</i>
Личный конфликт Неспособность пациента демонстрировать соответствующее поведение в отношении выбранных или навязанных профессиональных ролей; из-за конфликта между ценностями человека и социальными нормами или состоянием здоровья
Неудачи в карьере Не выполняет обязательные задачи, которые от него требуются и которые связаны с профессиональной ролью, которую он выбрал или на которую был назначен
Трудности с принятием решений и контролем событий Пациент не в состоянии своевременно принимать наиболее правильные решения, не в состоянии осознать и соотнести события
Апатия Расстройство настроения, характеризующееся отсутствием интереса или удовольствия от обычной деятельности или социальных отношений. Люди, страдающие апатией, могут испытывать трудности с принятием решений или выполнением задач, у них может быть низкий уровень энергии, замедленное мышление или речь
Смирение, подчинение Уходит с работы или должности и успокаивается по этому поводу
Покорность Легко подчиняется решениям, которые не являются его собственными
Агрессивность Он всегда ищет возможность поссориться, ведет себя вызывающе по отношению к другим.
Фатальность Считает, что ход событий в жизни был предопределен высшей силой; последствия неизбежны.
Отсутствие амбиций Отсутствие желания достигать своей цели, добиваться чего-то конкретного
Раздражительность Постоянное или периодическое чувство досады или раздражения
Грусть Всепоглощающее состояние чувств, сопровождающееся горем, горечью
Чувство неполноценности Состояние неблагополучия, которое пациент воспринимает по сравнению с другими.

3. СЛОЖНОСТИ В САМОРЕАЛИЗАЦИИ

<i>Проявления зависимости</i>
Невозможность выполнять привилегированные / значимые действия Неспособность взять на себя ответственность за выполнение важных дел
Невозможность завершить свои проекты Взять на себя больше ответственности, чем они способны / нежелание выполнять предложенные действия
Ощущение неудобства из-за ограничений / Ощущение бесполезности Чувство собственной никчемности, которое сильно подрывает их уверенность в себе и чувство собственного достоинства; самооценка нарушена

4. ТРУДНОСТИ С ПРИНЯТИЕМ СОЦИАЛЬНЫХ РОЛЕЙ

<i>Проявления зависимости</i>
Неспособность заботиться о подопечных Неспособность выполнять функции социальной роли Чувство неудачи
Физическая или психологическая неспособность заботиться о ком-то или выполнять определенную социальную роль: мамы, папы, мужа, начальника и т.д. Депрессия, маниакальность Неприятие болезни

Вмешательства медсестры

Помогает пациенту осознать собственную ценность и компетентность:

- Активно слушает пациента, позволяя ему выражать свои чувства по поводу трудностей с реализацией своего потенциала
- Помогает пациенту определить причины своего поведения, оценить физические и интеллектуальные возможности
- Признает любую форму интереса к определенной деятельности и вовлекает ее в развитие
- Направляет на занятия, которые одновременно привлекательны и полезны для пациента
- Наблюдает и отмечает любые изменения в поведении пациента (депрессия, удовлетворенность)
- Применяет методы ухода, адаптированные к потребностям пациента

- Определяет вместе с пациентом факторы, которые мешают его реализации: семья, экономические ограничения, состояние здоровья.

Помогает пациенту вернуть интерес к себе и окружающим:

- знает стремления, чувства, интересы и способности пациента;
- помогает ему переоценить свои возможности и устремления;
- поддерживает его в создании проектов;
- помогает пациенту адаптироваться к новой роли или статусу;
- помогает правильно воспринимать реальность, интегрироваться в общество;
- наблюдает за реакцией пациента, выражающей удовлетворение или неудовлетворение;
- объясняет необходимость осознания своего окружения и окружающих людей.

Помогает пациенту вновь обрести уверенность в себе и чувство собственного достоинства:

- с помощью наблюдения и беседы с пациентом определяет причину его беспомощности и ситуации, которые заставляют его чувствовать себя никчемным;
- завоевывает доверие пациента своим поведением и разговорами;
- помогает ему осознать и оценить свои возможности;
- консультирует его при планировании предлагаемых мероприятий;
- информирует пациента о его праве принимать решения, касающиеся его самого;
- наблюдает за реакцией пациента на принятие решений;
- убеждает его в их важности и ответственности.

Помогает пациенту объективно осознать и оценить свою деятельность:

- ориентирует пациента на другие виды деятельности, кроме прежних, в соответствии с его/ее возможностями;
- помогает пациенту в физическом и психическом восстановлении, чтобы уменьшить инвалидность и достичь независимости;

- помогает пациенту узнать и освоить критерии контроля, которые помогают ему оценить свою повседневную активность, достигнутые цели и свои идеалы;
- наблюдает за объективностью суждений пациента;
- отмечает любые изменения в поведении или состоянии пациента.

7.13. Потребность в отдыхе

Автор: Екатерина Скоарцэ

"Чтобы продлить жизнь, человеку необходимы сбалансированная гимнастика, свежий воздух и прогулки".

(Гиппократ)

Определение: Отдых - это потребность человека расслабиться, получить удовольствие и с этой целью заняться приятной деятельностью, чтобы достичь физического и психического расслабления.

Независимость в отдыхе

Физическое и умственное развитие человека не может быть полностью понято, если не принимать во внимание одно из психоповеденческих измерений личности - игру и рекреационно-отвлекающие занятия. Люди всегда осознавали необходимость занимать часть своего времени рекреационной деятельностью, чтобы достичь определенного эмоционального баланса, компенсирующего их ежедневные, ответственные и порой стрессовые обязанности. С точки зрения обучения на протяжении всей жизни, досуговые мероприятия должны быть интегрированы в течение всей жизни и разработаны таким образом, чтобы они были непосредственно связаны с их формирующей функцией.

В школе ученики должны овладеть различными рациональными способами изучения и практического использования игр, сформировать благоприятное отношение к творческой деятельности, оценить ее ценность, понять ее важность и необходимость для человечества.

Сидячий образ жизни, т.е. отсутствие физических упражнений, монотонные, однообразные и, прежде всего, некомпенсируемые

профессиональные требования, плюс жизнь в загрязненной атмосфере городов, к которым можно добавить и другие причины, предрасполагают к ряду органических и психических расстройств, способных пошатнуть здоровье и в конечном итоге привести к снижению *работоспособности*.

Развлечения, веселье, отдых - вот основные функции этих видов занятий, доступных для всех возрастов.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребности

Биологические факторы

— *Возраст* - Малыши и дошкольники проводят много времени в играх, что благоприятно сказывается на их физическом развитии и влияет как на сферу психических процессов, так и на их личность.

— Школьник делит свое время между учебой и игрой.

— Подросток продолжает игры детства и полового созревания в измененных формах и совершает переход к молодежным и взрослым видам досуга. Физическая и психическая зрелость позволяет взрослым людям выбирать и организовывать досуг в соответствии со своими предпочтениями, свободным временем, возможностями и окружающей средой. Менее динамичная психика пожилых людей ограничивает их выбор и объясняет, почему они менее заинтересованы в динамичных спортивных занятиях и отступают в сторону занятий в помещении.

— *Телосложение и физические способности*. Рекреационные занятия, требующие особой физической нагрузки, должны выбираться и практиковаться в соответствии с телосложением и физическими возможностями каждого человека.

Психологические факторы

— *Психологическое развитие*. Игра и другие игровые занятия способствуют формированию основных черт личности и поведения ребенка, а также эмоциональному контролю.

— *Эмоции*. Развлечения позволяют человеку выплеснуть эмоции и снять напряжение. Для достижения этих целей человек выбирает те развлечения, которые кажутся ему подходящими.

Социологические факторы

– *Культура.* Каждый народ, благодаря своим особым традициям, предлагает, организует и проводит развлекательные мероприятия, характерные для данного сообщества. В нашей стране народные праздники (например, праздник нарциссов, тюльпанов и т.д.) и церемонии (свадьбы, крестины и т.д.) широко посещаются, что свидетельствует об эффективности этих способов удовлетворения потребности в отдыхе.

– *Социальные роли.* Люди, занятые на организованной работе, которая обеспечивает им оптимальное время, могут удовлетворять эту потребность с помощью ежедневного, регулярного (по выходным) и ежегодного отдыха (праздники, отпуск). Выход на пенсию увеличивает свободное время человека, который может организовать свой досуг в соответствии со своим вкусом и возможностями.

– *Социальная организация.* Обеспечение условий и доступа к разнообразным видам досуга: отдыху, развлечениям, обучению и самореализации - способствует удовлетворению этих потребностей. В разных странах они отличаются в зависимости от социально-экономических условий.

Проявления независимости

– **Расслабленность** - состояние релаксации, прекращение нервного напряжения или напряженности.

– **Удовлетворение** - чувство довольства, удовольствия.

– **Удовольствие** - приятное ощущение или эмоция, связанная с удовлетворением потребности, расслаблением.

– **Развлечение** - веселье, забава, жизнерадостность.

Вмешательства медсестры для поддержания независимости в потребности в отдыхе

- изучает вкусы и интересы пациентов к досугу, отдыху и развлечениям;
- планирует вместе с пациентом развлекательные мероприятия;
- обеспечивает необходимые условия;
- организует индивидуальные или групповые развлекательные мероприятия в соответствии с возрастом, способностями и местом проживания:

- веселые, развивающие, обучающие, балансирующие и тонизирующие игры;
- прослушивание музыки;
- просмотр фильмов;
- встречи с артистическими личностями;
- облегчает доступ к библиотекам, читальным залам, книгам и журналам;
- обучает и стимулирует пациентов в этих видах деятельности.

Зависимость в удовлетворении потребности в отдыхе

Неудовлетворенная потребность в отдыхе проявляется как состояние зависимости:

1. Неприязнь к развлечениям.
2. Трудности с выполнением развлекательных мероприятий.
3. Отказ от развлекательных мероприятий.

Источники трудностей:

1. Физические источники:

- повреждение физической целостности, инвалидность, физические ограничения (бинты, пластыри, повязки);
- снижение функции органов чувств;
- дисбаланс: боль;

2. Психологические источники:

- нарушенное мышление, память;
- нарушение сознания;
- беспокойство;
- стресс;
- кризисные ситуации;
- неприспособленность к роли больного и к болезни;

3. Социологические источники:

- одиночество, уход, отставка;
- старая, рутинная работа;
- конфликты и неудачи в выполнении социальных ролей;
- недостаток знаний о себе и окружающих их людях.

Неприязнь к развлечениям

Неприязнь к развлечениям определяется как неприятное и мучительное чувство, которое приводит к бездействию, скуке и грусти.

Проявления зависимости

- **Бездействие** - Отсутствие интереса к обычным жизненным занятиям. Человек пассивен, не интересуется тем, что происходит вокруг него, не участвует в деятельности.
- **Скука** - Ощущение пустоты, грусти, отсутствие интереса к текущим событиям или занятиям
- **Печаль** - аффективное состояние, проявляющееся в недомогании и неудовлетворенности, которое не позволяет человеку взбодриться.

Вмешательства медсестры

Пациент с неприязнью к развлечениям

ЦЕЛЬ	ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДСЕСТРЫ
Пациент находится в хорошем настроении	– медсестра выясняет, какие виды отдыха нравятся пациенту; – анализирует и определяет, соответствуют ли они его психическому и физическому состоянию; – планирует вместе с пациентом развлекательные мероприятия; – организует специальные развлекательные мероприятия для детей, взрослых, пожилых людей; – вовлекайте больного человека в деятельность и помогайте ему; – обеспечивает правильное окружение; – создаёт комнаты отдыха: для прослушивания музыки, просмотра фильмов, телевидения; – следит за тем, чтобы занятия не перегружали его, не утомляли, а создавали хорошее настроение; – отмечает реакции и проявления пациента с прямой ссылкой на: – чувство скуки и грусть.

Пациент обретает уверенность в себе	– побуждает пациента выражать свои эмоции и чувства; – завоевывает доверие пациента и помогает ему пережить трудные времена; – даёт лекарства и контролирует эффект лечения, назначенного врачом: антидепрессанты, транквилизаторы и т.д.
Пациент получает спокойный сон	– обучает пациента техникам релаксации; – помогает им их выполнять и наблюдает за тем, как они их выполняют;
Пациент улучшает свое физическое состояние	– последовательна в планировании и организации досуга; – упорно занимается теми видами отдыха, которые соответствуют психосоматической конституции пациента; – обеспечивает постепенное повышение сложности этих занятий.

7.14. Потребность быть здоровым

Автор: Луминица Сувейка

Определение: Потребность учиться - это потребность людей накапливать знания, установки и навыки, чтобы изменить свое поведение или принять новые модели поведения.

Независимость в удовлетворении потребностей.

Обучение - это общая проблема педагогики, психологии, этики, социологии и других наук, которые исследуют поведение человека с разных точек зрения.

Процесс обучения особенно сложен и предполагает организацию всего поведения человека, чтобы он мог творчески направлять всю свою деятельность в соответствии с условиями, в которых он оказался, на основе ранее приобретенных знаний, навыков и умений.

Педагогика и медицина - две взаимодействующие и аналогичные области. Практическая цель медицины - сохранить здоровье и/или вылечить. На протяжении всей своей жизни люди вынуждены постоянно адаптироваться к изменениям в окружающей среде, которые меняют меры, необходимые для поддержания здоровья. Самопознание необходимо для того, чтобы предотвратить и проанализировать определенные привычки, чтобы иметь возможность проверить, принял ли он соответствующие меры для сохранения

здоровья. В результате такого анализа человек может ощутить потребность в изучении наиболее эффективных средств поддержания здоровья.

Приобретя знания, установки и навыки сохранения здоровья, они получают чувство уверенности, которое позволяет им бороться с болезнями, беспокойством и стрессом повседневной жизни.

Терминология

- **Обучение** - это деятельность по приобретению знаний и приобретению новых навыков во всех областях психической жизни (познание, воля, эмоциональность). Конечным продуктом обучения может быть: теоретическая концепция, отношение, двигательный навык или он может быть многомерным.
- **Навык** - автоматизированный компонент деятельности. Чтобы сохранить независимость в удовлетворении потребности учиться поддерживать свое здоровье, пациенты осознают необходимость формирования правильных установок и привычек, необходимых для достижения состояния благополучия.
- **Знание (информация)** - отражение в сознании объективной реальности.
- **Желание** - интерес к накоплению знаний.
- **Образование** - совокупность действий, направленных на передачу знаний, формирование навыков и поведения.
- Роль санитарного просвещения заключается в том, чтобы предоставить пациенту конкретные, специфические способы сохранения или восстановления его здоровья (роль медсестры как просветителя).
- **Мышление** - психический процесс, в котором отражаются предметы, явления и их отношения друг к другу в непосредственной, но абстрактной и обобщенной форме.
- **Память** - способность усваивать, закреплять и воспроизводить накопленный когнитивный опыт.
- **Тревога** - чувство дискомфорта и напряжения, которое люди испытывают, сталкиваясь с жизненными проблемами.

- **Стресс** - дисбаланс между переживаниями, с которыми приходится сталкиваться человеку, и его способностью справляться с ними, что сказывается на здоровье.
- **Культура** - совокупность материальных и духовных ценностей, созданных человечеством в процессе общественно-исторической практики.

Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей

1. Биологические факторы

➤ Возраст

- Ребенок в процессе своего роста и развития легко усваивает способы и средства поддержания своего здоровья, если его обучают, наблюдают и контролируют.
- Взрослый учится и совершенствуется, чтобы использовать все средства, необходимые для поддержания хорошего здоровья.
- Пожилым людям сложнее накапливать новые знания (фиксационная амнезия), но у них есть способность использовать и адаптировать то, чему они научились.

➤ Физические возможности. Человек, в соответствии с его физическим состоянием (физическая целостность и органы чувств, интеллектуальные способности), делает возможным приобретение знаний, установок, навыков для поддержания здоровья.

2. Психологические факторы

➤ Мотивация - совокупность динамизирующих и направляющих факторов, которые заряжают людей энергией, побуждают их к действию и определяют направление их движения. К мотивационным динамизирующим факторам относятся: потребности и желания. Обучение, как вид человеческой деятельности, отвечает потребностям или интересам человека, поэтому оно подчиняется закону мотивации и направлено на достижение цели, т.е. подчиняется закону цели: практической цели в медицине, которая заключается в сохранении здоровья или лечении.

- **Эмоции.** Связанные с тревогой эмоции и чувства могут ускорить процессы познания (осознание пациентом собственной ответственности за свое здоровье).

3. Социологические факторы

- **Окружающая среда.** Подходящая среда с нормальным освещением и температурой, спокойной и тихой атмосферой создает благоприятные условия для обучения.

Проявления независимости

- выражение желания учиться;
- проявление интереса к учебе;
- состояние восприимчивости;
- самостоятельное приобретение знаний с помощью чтения;
- приобретение знаний вместе с другими людьми по радио, телевидению, на курсах, конференциях;
- приобретение новых установок, навыков и изменение поведения для поддержания здоровья.

Вмешательства медсестры для поддержания независимости

- медсестра исследует потребности пациента в знаниях;
- разрабатывает цели исследования вместе с пациентом;
- информирует о средствах и ресурсах, которые он может предоставить: брошюры, книги, листовки, буклеты, журналы, слайды и т.д.;
- поддерживает мотивацию пациента к получению знаний;
- организует мероприятия по санитарному просвещению: беседы, курсы, конференции, фильмы, практические демонстрации;
- представляет материалы с интересными, привлекательными темами, со средствами и процедурами, соответствующими уровню культуры и понимания пациентов.

Зависимость в удовлетворении потребностей

Если потребность в обучении не удовлетворяется, возникают следующие проблемы с зависимостью:

1. Нежелание приобретать новые знания, установки, навыки.

2. Дефицит знаний.

Источники трудностей

1. Физические источники:

- Физическая травма;
- Сенсорные нарушения, особенно слуховые и зрительные, нарушения речи (дислалия, афазия), ослабление или исчезновение голосовых ощущений;
- Боль, в зависимости от ее интенсивности, вызывает физические (изменения дыхания и частоты сердечных сокращений, А.Д. вплоть до шока) и психологические (тревога, возбуждение, раздражительность, страх) проявления;

2. Психические источники:

- нарушение сознания: помутнение, бред, кома;
- интеллектуальное развитие; низкий интерес ограничивает накопление знаний;
- ухудшение мышления и памяти;
- беспокойство;
- стресс;
- кризисная ситуация - вызвана серьезными жизненными ситуациями:
- потеря любимого человека;
- значительные изменения в схеме тела;
- изменение образа жизни;

3. Социологические источники

- неизвестная среда;
- отсутствие интереса к обучению, связанному с образованием и культурой;
- отсутствие знаний или низкий уровень знаний об общих правилах физической и психической гигиены, здоровья и его поддержания;
- недостаточное знание себя - приводит к негативному поведению и явлениям, которые выходят за рамки способности человека к адаптации;
- недостаточное знание окружающей среды.

Нежелание приобретать новые знания, установки, навыки

Проявления зависимости:

- ***Нежелание учиться*** - *непринятие новых знаний*;
- ***Отсутствие восприимчивости*** - не склонность к восприятию внешних впечатлений или влияний;
- ***Неуверенность в себе и страх перед неизвестностью*** - из-за непредвиденных обстоятельств больной человек сталкивается с необходимостью изменить образ жизни и привычки, чтобы восстановить здоровье. Он игнорирует меры, которые можно предпринять для восстановления независимости;
- ***Отсутствие привычки к определенным действиям по восстановлению здоровья*** - больной человек не придает должного значения болезни, не следует медицинским рекомендациям по лечению или профилактике заболевания;
- ***Отсутствие интереса к обучению*** - нежелание предпринимать какие-либо действия или приобретать какие-либо знания, необходимые для поддержания или восстановления здоровья;

Дефицит знаний

Проявления зависимости:

➤ Недостаточные знания:

Пациент ничего не знает о:

- болезни;
- предотвращении заболеваний;
- важности соблюдения режима лечения;
- предотвращении осложнения;
- периоде восстановления;
- социально-профессиональной реинтеграции;

➤ Трудности в освоении профилактических и лечебных мер.

Не понимает необходимости учиться и не восприимчив из-за:

- расстройства мышления;
- темп мышления может быть ускорен - полет идей: идеи следуют друг за другом так быстро, что их невозможно организовать в рациональный порядок;

- замедление темпа мышления: ухудшение суждений, неспособность думать;
- неоперативное мышление: оно касается логической связи между понятиями и идеями (нагромождение несвязанных слов);
- нарушение памяти: амнезия фиксации и/или вспоминания;
- ограниченный интеллект;
- неспособность усваивать, сохранять и воспроизводить знания;
- недостатки воспитания: отсутствие привычек гигиены и рационального питания и т.д.;
- **Недостаток информации** - пациент не имеет доступа к информации, но не заинтересован в ее получении.

Вмешательства медсестры

Цели - Автономные и делегированные вмешательства

1. Пациент должен накопить новые знания:

- Изучает уровень знаний пациента о болезни, ее проявлениях, профилактических и лечебных мерах, участии в мероприятиях и процессе выздоровления;
- Определяет проявления зависимости, источники трудностей, их взаимодействие с другими потребностями;
- Стимулирует стремление к знаниям;
- Мотивирует важность накопления новых знаний;
- Дает пациентам понять, что они сами несут ответственность за свое здоровье;
- Организует учебные занятия, используя знакомые методы обучения:
- изложение, беседа, демонстрация с соблюдением педагогических принципов;
- Проверяет, что пациент понял сообщение и усвоил новые знания;

2. Пациент должен приобрести новые взгляды, привычки и навыки:

- Определяет вредные привычки и поведение пациента;
- Исправляет нездоровые привычки;

- Проводит занятия по: гигиеническому обучению, рациональному питанию, сбалансированному образу жизни, назначению различных процедур;
- Практические демонстрации;
- Составляет программы реабилитации и перевоспитания для пациентов с сенсорными и двигательными нарушениями (лечебная гимнастика, физиотерапия);
- Поощряет и помогает осваивать новые навыки.

Роль медсестры в медицинском просвещении

Она включает в себя действия, направленные на укрепление здоровья, профилактику заболеваний, помощь человеку стать более независимым, обеспечение непрерывности ухода от больницы до дома.

Характеристики образовательного процесса

Будет проведена оценка потребностей в обучении пациентов на основе собранной информации:

- Потребность в обучении (что пациент знает о текущем состоянии здоровья, опыт пациента, влияющий на потребность в обучении, информация, необходимая членам семьи для удовлетворения потребностей пациента);
- Способность к обучению (уровень развития пациента, физическая сила, координация движений, наличие сенсорных нарушений);
- Учебная среда (наличие источников, мешающих обучению, комфортность помещения);
- Ресурсы обучения (восприятие и понимание семьей болезни пациента и ее последствий, готовность пациента вовлечь семью в образовательную программу, ресурсы, имеющиеся у пациента дома);

Постановка образовательных задач

Образовательные задачи могут быть краткосрочными и долгосрочными;

Каждая образовательная задача будет охватывать три аспекта:

- Объявление и описание поведения (пациент сможет выполнить задание в течение периода обучения);
- Определение условий обучения (например, пациент будет ходить с костылями из комнаты в ванную);
- Установление критериев оценки (по степени точности, успешности, удовлетворенности).

Принципы образования

- Выбор подходящего времени (при поступлении, при выписке, во время госпитализации), когда пациент готов учиться;
- Продолжительность не должна превышать 20-30 минут;
- Повторение должно быть достаточно частым, чтобы закрепить полученные знания;
- Структурирование материала: элементарные понятия, объяснения; начните с более важных проблем, подведите итог;
- Использование родного языка пациента, прибегая к простым аналогиям;
- Внимание пациента будет поддерживаться, и его побудят к участию (будут стимулированы несколько органов чувств, обсуждение будет организовано в разных тонах и с разной интенсивностью, наиболее важные аспекты будут подчеркиваться жестами);
- Дополнение существующих знаний;
- Методы обучения будут применяться в соответствии с потребностями пациента.

Роль медсестры в образовательном процессе:

- Соблюдать принципы образования;
- Обращать внимание на любое поведение, которое указывает на потерю интереса или внимания;
- Учитывать отношение пациента к успешному выполнению техники;
- Установить вместе с пациентом образовательные цели;
- Направлять и консультировать пациента, предоставляя необходимую информацию;

- Наблюдать за успехами пациента в самообслуживании и быть готовым помочь;
- Продемонстрировать приемы, которые должен освоить пациент (шаг за шагом, без спешки, с объяснением каждого жеста);
- Прежде чем продемонстрировать технику, снять тревогу пациента с помощью подготовительных объяснений;
- Использовать методы группового обучения, которые позволяют обмениваться идеями, а участникам учиться друг у друга;
- Попытаться интегрировать обучение в процесс ухода (например, санитарное просвещение во время гигиенического ухода или при наложении повязки);

Взаимозависимость с другими базовыми потребностями

Неспособность удовлетворить потребность в обучении влияет на правильное отношение к другим базовым потребностям.

- Общение: раздражительность, неприятие, неприспособленность.
- Движение, хорошая осанка, сидячий образ жизни, гиперактивность, плохая осанка и кровообращение.
- Дыхание: изменение амплитуды и частоты дыхания по незнанию.
- Поддержание температуры в пределах нормы: отсутствие мер защиты от жары и холода.
- Кормление и поение: неадекватное питание и гидратация.
- Выделение: неправильное выделение.
- Чистота, здоровая кожа: плохие гигиенические привычки.
- Сон, отдых, бессонница, дискомфорт, усталость.
- Одевание и раздевание: неподходящая одежда, обувь.
- Избегание опасности: уязвимость, физический или психологический вред.
- Действие в соответствии с убеждениями и ценностями – разочарование.
- Реализованность - бессилие.
- Отдых - неспособность заниматься досугом.

Процесс ухода/ Сестринское дело

- 1. Сбор данных** - просмотр данных/информации о пациенте, находящемся под наблюдением.
- 2. Анализ и интерпретация данных**

Проблемы зависимости: невежество, отсутствие знаний.

Проявления зависимости: недостаточные знания о своей болезни, профилактических мерах, лечении, отказ учиться, отсутствие восприимчивости, нарушения обучаемости, непонимание информации, отсутствие интереса к учебе, трудности в усвоении профилактических и лечебных мер.

Источники трудностей: физическое прикосновение, инвалидность, горе, печаль, расстройства мышления, тревога, стресс, потеря - разлука, кризисная ситуация, незнакомая обстановка, незнакомое окружение, недостаток образования, смена роли, недостаток знаний.

Диагностика предварительного ухода = Проблема. Этиология. Решение.

3. Планирование ухода

➤ Потенциальные цели пациента:

- обогатить знания пациента, применяя педагогические принципы о болезни, профилактических и лечебных мерах;
- пациент может участвовать в собственном уходе.

4. Осуществление ухода

– Действия медсестры:

- Изучение потребностей человека в обучении;
- Разработка целей обучения вместе с пациентом;
- Проверка мотивации человека к обучению;
- Раскрытие перед человеком ресурсов и средств, используемых для обучения;
- Помощь человеку в процессе обучения;
- Наблюдение и запись приобретения, постепенного усвоения знаний, установок и навыков, изменения поведения, приобретения нового поведения;
- Проверка вместе с пациентом того, что предложенные цели были достигнуты.

5. Оценка ухода

Будет относиться к:

- наблюдению и записи постепенного приобретения знаний, установок и навыков, изменения поведения или приобретения нового поведения;
- контролю за выполнением плана медицинского образования.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аснани М., Общение пациента с врачом. Вест-Индийский медицинский журнал. 2009 Sep; 58(4): 357 -61.
2. Ассоциация американских медицинских колледжей
Межпрофессиональное образование (дата обращения:
3. Кун Тимби, Б. *Фундаментальные навыки и концепции сестринского дела*. RN, BC, BSN, MA. Колледж Centreville, Michigan 2009 г. ISBN 978-0-7817-7909-8
4. Бьюринг, С., Бхушан, А., Броезекер, А., Конвей, С., Дункан-Хьюитт, В., Хансен, Л., Вестберг, С. Межпрофессиональное образование: определения, компетенции студентов и рекомендации по внедрению. In: Am J Pharm Educ. 2009 Jul 10;73(4):59. doi: 10.5688/aj730459. PMID: 19657492; PMCID: PMC2720355.
5. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) Рамочная программа действий по межпрофессиональному образованию и совместной практике, Женева, Швейцария, 2010 г. WHO/HRH/HPN/10.3. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
6. Чернецки, О. *Руководство по практическим маневрам*, том. I и II. Centre Editorial-Poligrafic Medicina, Кишинев, 2013.
7. Дартигуэллонг, Дж., Кафиеро, П. Общение в медицинских командах. Arch Argent Paediatr. 2021 Dec;119(6):e589-e593. Английский, испанский. doi: 10.5546/aap.2021.eng.e589. PMID: 34813238.
8. Эллисон, Д. Навыки общения. Nurses Clin North Am. 2015 Mar;50(1):45-57. doi: 10.1016/j.cnur.2014.10.004. Epub 2014 Dec 13. PMID: 25680486.
9. Лихорадка у детей младше 5 лет: оценка и начальное лечение. Руководство NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>
10. Франсворт, Т., Сейкел, Х., Холст, Д. История и развитие межпрофессионального образования. Журнал фонетики и аудиологии. 2015). 1. 10.4172/2471-9455.1000101.
11. Гули, Е. *Исследования в сестринском деле*, Reprograph.Craiova 2008
12. Харден, Р. Межпрофессиональное образование: волшебный таинственный тур теперь не такой уж и таинственный. Anat. Sci. Educ. 2015;8:291-295. doi: 10.1002/ase.1552.
13. Хендерсон, В. *Основополагающие принципы ухода за больными*. Отпечатано в Hardy Larsen ApS DK- 2650 Hvidovre. Дания.1995
14. http://elib.umsa.edu.ua/bitstream/umsa/1904/1/Medical_ethics_and_deontology.pdf
15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3813544/>
16. [Инновации в обучении - межпрофессиональный подход к улучшению коммуникации](#)

17. Межпрофессиональное образовательное сотрудничество. (2016). Основные компетенции для межпрофессиональной совместной практики: обновление 2016 года. Вашингтон, округ Колумбия: Межпрофессиональное образовательное сотрудничество
18. Juall Carpenito L. *Handbook of Nursing Diagnosis, 14-e издание*. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. 2013; ISBN 978-1-60831-110-1
19. Kaiser Permanente, <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Patient.Safety/Safety.General/Tools/SBARTechniquefor.Communication.ASituational.Briefing.Model.htm>.
20. Карл Хайнц Кристель. *Уход за больными*, Editura ALL, Бухарест, 1998.
21. Кумар, С., Дешмукх, В., Адхиш, В. Создание и руководство командами. *Indian J Community Med*. 2014 Oct;39(4):208-13. doi: 10.4103/0970-0218.143020. PMID: 25364143; PMCID: PMC4215500.
22. Учиться вместе, чтобы работать вместе для здоровья: Отчет исследовательской группы ВОЗ по многопрофессиональному образованию в области здравоохранения. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 769: 172.8.
23. Закон Республики Молдова о фармацевтической деятельности: № 1456-XII от 25 мая 1993 года. В: *Официальный монитор Республики Молдова*, 2005, № 59-61. ст. 200. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134773&lang=ro#.
24. Закон Республики Молдова об обороте наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров: № 382-XIV от 06.05.1999 г. In: *Official Monitor of the Republic of Moldova*, 1999, № 73-77. art. 339. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=131984&lang=ro#.
25. Закон Республики Молдова о лекарственных средствах: № 1409-XIII от 17 декабря 1997 года. В: *Официальный монитор Республики Молдова*, 1998, № 52-53. ст. 368. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135049&lang=ro#.
26. Закон Республики Молдова о здравоохранении: № 411 от 28 марта 1995 года. In: *Official Monitor of the Republic of Moldova*, 1995, no. 34, art. 373. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135137&lang=ro#.
27. Marcean C. *Tratat de nursing*, Editura medicală, Bucharest 2021; ISBN 978-973-39-0704-6.
28. Mašić I, Ridjanović Z. *Медицинская информатика*. Авиценна, Сараево, 2001: 5-45
29. Морару, Л., Мэрюкэ И. *Теоретические и практические основы ухода за здоровым и больным человеком*, Издательство Universul. Бухарест. 2005
30. Мозес, К. *Техники сестринского ухода*. Editura: Medicală. București. 2007.

31. Образование медсестер на практике. [Том 10, Выпуск 6](#), Ноябрь 2010, Стр. 379-384
32. Оливейра, К., Брага, Е. Развитие коммуникативных навыков и работа преподавателя с точки зрения студента-медсестры. Rev Esc Enferm USP. 2016 Jun;50 Spec:32-8. Английский, португальский. doi: 10.1590/S0080-623420160000300005. PMID: 27384273.
33. Поттер, П., Перри, А., Стокерт, П., Холл, А. Основы сестринского дела, 10-е издание. Elsevier Inc. Миссури, 2021; ISBN: 978-0- 323-67772-1
34. Ривз, С., Перье, Л., Голдман, Дж., Фрит, Д., Зваренштейн, М. Меж-профессиональное образование: влияние на профессиональную практику и результаты медицинского обслуживания (обновление) *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013 doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3
35. Сафта, В., Брумареель, М., Адаужи, С., Безверхний, З. *Социальная аптека*. Руководство. Кишинев: F.E.-P. Tipografia Centrale, 2011, 376 P. ISBN 978-9975-78-999-8.
[HTTPS://LIBRARY.USMF.MD/SITES/DEFAULT/FILES/2018-10/5.PDF](https://library.usmf.md/sites/default/files/2018-10/5.pdf).
36. Сафта, В., Брумареель, М., Чобану, Н., Адауджи, С. *Фармацевтический менеджмент и законодательство*. Руководство. Кишинев: F.E.-P. "Tipografia Centrală". 2012. 800 p. ISBN 978-9975-53-117-7. <https://library.usmf.md/ro/library/management-si-marketing-farmaceutic-farmacie-sociala/safta-v-brumarel-m-ciobanu-n-adauji>.
37. Смелтцер, С., Бэр, Б. *Медико-хирургическое сестринское дело*. США . 2005.
38. Сувейка, Л., *Питание человека*, 2020, Кишинев, Типография "Метромпас" ISBN 978-9975-3 368-4-0, 208 стр.
39. Такеда, Т., Михара, Н., Накагава, Р., Манабе, С., Шимаи, Й., Терамото, К., Мацумура, Й. Компьютерная система ввода инструкций на основе шаблонов помогает наладить коммуникацию между врачами и медсестрами. Stud Health Technol Inform. 2015;210:271-5. PMID: 25991148.
40. The Joint Commission: Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2010, 102 P.
41. Titircă, L. *Breviar de explorări funcționale*, Editura: Medicală. București. 2007.
42. Титиркэ, Л. *Руководство по уходу с методами оценки и уходом, соответствующим основным потребностям*. Vol. I. Editura: Viața Medicală Românească. București. 2008. ISBN 978-973-160-010-9.
43. Titircă, L. *Manual de îngrijiri speciale*. Издательство: Viața Medicală Românească. Бухарест. 2006

44. Всемирная организация здравоохранения (1988) Непрерывное образование для врачей. Доклад комитета экспертов ВОЗ. World Health Organ Tech Rep Ser,534: 1-32.7.
45. Всемирная организация здравоохранения. Быть эффективным командным игроком Доступно по ссылке: URL: <https://www.who.int/publications/m/item/course-04-being-an-effective-team-player>
46. Захария, С., Анса, Б., Джонсон, С., Гейтс, А., Де Лео, Г. Межпрофессиональное образование и сотрудничество в здравоохранении: исследовательское изучение взглядов студентов-медиков в США In: Healthcare 2019, 7, 117; doi:10.3390/healthcare7040117.

Приложение 1. КАРТА МЕДСЕСТРЫ
ОБЩИЕ ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТЕ

Имя и фамилия пациента: _____

Возраст _____

Адрес _____

Проживание: один; с супругом; с детьми; с родителями; в учреждении.

СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ ПАЦИЕНТА:

Профессия: _____ Семейное положение: _____

Дети: _____

Занятие _____ Хобби: _____

ЛИЧНЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Менарха _____ количество беременностей _____

количество родов _____

Известные аллергии: _____ реакции _____

ЖИЗНЕННЫЕ ПРИВЫЧКИ:

Алкоголь: да/нет/редко; табак: да/нет/редко

Наркотики: да/нет/название _____ способ применения _____

Кофе: да/нет/редко

СОСТОЯНИЕ ЗАВИСИМОСТИ:

Самостоятельный _____ полужависимый _____ зависимый _____

Протезы: зубные/глазные/слуховые/конечностные/вальвулярные;

Кардиостимулятор/с _____ года;

Контактные линзы/очки/диоптрии _____

Заболевания, ограничивающие активность:

сердечные/дыхательные/локомоторные/сенсорные/другие

Медицинский диагноз (взятый из листа клинических наблюдений, с указанием фамилии врача, поставившего диагноз):

Патологический анамнез: _____

Наследственный - сопутствующий: _____

Оценка некоторых жизненно важных функций и антропометрических показателей при госпитализации:

Дыхание _____ температура _____ П(пульс) _____ АД _____

рост _____ вес _____ кг. Диета _____.

Субъективные (самостоятельно описанные пациентом) признаки и симптомы:

Объективные признаки и симптомы (определяются медсестрой):

Критические результаты анализов, первичные исследования, о которых следует сообщить медицинской команде:

Приложение 2. ТИПОВОЙ ПЛАН УХОДА

ПЛАН УХОДА				
Но.	Диагноз медсестры (ПЕС/PES)	Цели	Меры/ Вмешательство	Оценка