

Модуль 2.

Сестринский процесс в терапии и гериатрии.

2.1 Сестринское обследование терапевтических больных

2.1.1 Субъективные и объективные методы обследования

пациентов

Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать информацию о нём из всех возможных источников. Она может быть получена от самого пациента, членов его семьи, свидетелей случившегося, самой медицинской сестры, её коллег. На основе собранной информации выявляют и идентифицируют проблемы, составляют план, и реализуют намеченные действия. Успех лечения во многом зависит от качества полученной информации.

Сестринское обследование отличается от врачебного. Цель деятельности врача - поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания и т.д., а цель деятельности сестринского персонала - обеспечить качество жизни больного человека. Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.

Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной информации ведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к неэффективному уходу и лечению. Причинами сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:

- неопытность и неорганизованность сестринского персонала;
- неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;

- склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

Источники информации при обследовании пациента

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников.

- 1) от самого пациента;
- 2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;
- 3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;
- 4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данных обследования и т.п.;
- 5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.

На основании полученных данных можно судить о состоянии здоровья пациента, факторах риска, особенностях заболевания, необходимости оказания пациенту сестринской помощи.

Пациент - основной источник субъективной и объективной информации о себе. В тех случаях, когда он недееспособен, находится в коматозном состоянии, либо это младенец или ребёнок, основным источником данных могут быть его родственники. Иногда они одни знают об особенностях состояния пациента до болезни и в период заболевания, о принимаемых им медикаментах, аллергических реакциях, приступах и т.п. Однако не стоит думать, что эта информация будет исчерпывающей. Из других источников могут быть получены иные данные, возможно, даже противоречащие данным основных.

Например, супруг (супруга) может сообщить о напряжённой обстановке в семье, депрессии или пристрастии к спиртным напиткам, которые сам пациент отрицает. Информация, полученная от членов семьи,

может повлиять на скорость и качество оказания медицинской помощи. В случае расхождения данных необходимо постараться получить дополнительные сведения от других лиц.

Медицинское окружение пациента - источник объективной информации, основанной на поведении пациента, его реакции на лечение, полученной при проведении диагностических процедур, общении с посетителями. Каждый член медицинской бригады - потенциальный источник информации, он может сообщать и проверять данные, полученные из других источников.

Основная медицинская документация, необходимая сестринскому персоналу, - карта стационарного или амбулаторного больного. Прежде чем приступить к опросу пациента, сестринский персонал подробно знакомится с такой картой. В случае повторной госпитализации интерес представляют предыдущие истории болезни, запрашиваемые в случае надобности в архиве. Это источник ценных данных относительно особенностей течения заболевания, объёма и качества оказанного сестринского ухода, психологической адаптации, реакций пациента на госпитализацию, негативных последствий, связанных с предыдущим пребыванием пациента в стационаре или обращением за медицинской помощью.

В процессе знакомства сестринского персонала с историей заболевания пациента могут появиться гипотезы о возможных причинах его проблем (работа на вредном производстве, отягощённая наследственность, семейные неурядицы).

Нужную информацию также можно почерпнуть из документации с места учёбы, работы, службы, из медицинских учреждений, где наблюдается или наблюдался пациент.

Прежде чем запрашивать документацию или опросить третье лицо, необходимо разрешение на это пациента или его опекуна. Любая полученная информация конфиденциальна и рассматривается как часть официальной медицинской документации пациента.

На завершающем этапе сбора информации сестринский персонал может воспользоваться специальной медицинской литературой по уходу за пациентом.

Существует два вида информации о пациенте: субъективная и объективная.

Субъективная информация - это сведения об ощущениях самого пациента относительно проблем со здоровьем. Например, жалобы на боли - субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её характеристике, продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, жалобы на бессонницу, плохой аппетит, недостаток общения и др.

Объективная информация - результаты проведённых измерений или наблюдений. Примерами объективной информации могут служить показатели измерения температуры тела, пульса, АД, идентификация высыпаний (сыпи) на теле и пр. Сбор объективной информации проводят в соответствии с существующими нормами и стандартами (например, по шкале Цельсия при измерении температуры тела).

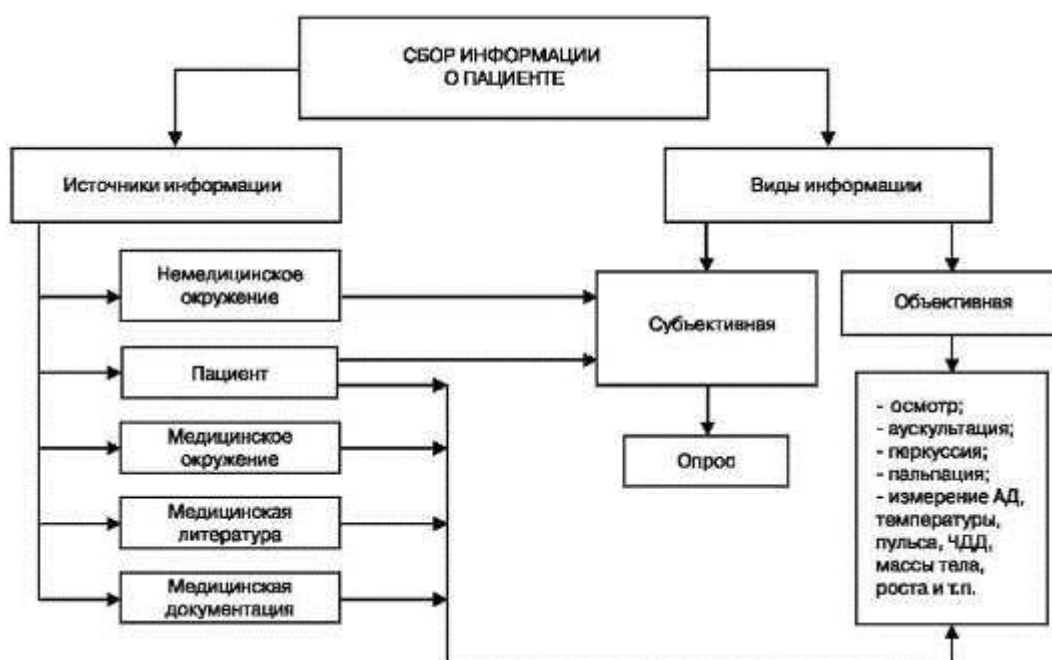


Рис. 1. Содержание первого этапа сестринского процесса

Субъективные данные, полученные от пациента и его немедицинского окружения, подтверждают физиологические изменения, выраженные объективными показателями. Например, подтверждение описания боли пациентом (субъективная информация) - физиологические изменения, выраженные в повышенном кровяном давлении, тахикардии, сильном потоотделении, вынужденном положении (объективная информация).

Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

2.1.2 Опрос как основной метод сбора субъективной информации о пациенте

Сестринское обследование следует, как правило, за врачебным. Первый шаг в сестринском обследовании пациента - сбор субъективной информации с помощью сестринского опроса (сбора первичной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого).

При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сфокусировать внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.

Цели проведения опроса:

- установление доверительных отношений с пациентом;
- ознакомление пациента с курсом лечения;
- выработка адекватного отношения пациента к состояниям беспокойства и тревоги;
- выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;

- получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.

В начале опроса необходимо представиться пациенту, назвать своё имя, положение, сообщить цель беседы. Затем выяснить у пациента, как к нему обращаться. Это поможет ему чувствовать себя комфортно.

Большинство пациентов, обратившись за медицинской помощью и особенно оказавшись в стационаре, испытывают тревогу и беспокойство. Они чувствуют себя незащищенными, боятся того, что им предстоит, боятся того, что у них могут обнаружить, и поэтому надеются на участие и заботу, испытывают радость от оказанного внимания. Пациента необходимо успокоить, ободрить, дать нужные разъяснения и советы.

При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную ему информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные просят дать совет по личному вопросу. Возможность поговорить об этом с медицинским персоналом обычно важнее, чем сам ответ.

Если опрос проходит успешно, появляется возможность установить доверительные отношения с пациентом, вовлечь его в формулирование целей и составление плана сестринского ухода, решить вопросы относительно необходимости консультаций и обучения пациента.

Во время проведения опроса следует наблюдать за пациентом. Его поведение с членами семьи, медико-санитарным окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе. Например, в том случае, когда пациент утверждает, что не волнуется, но выглядит озабоченным и раздражительным, наблюдение даст возможность получить необходимую дополнительную информацию.

Слушая пациента и умело ведя с ним беседу, можно выяснить, что его беспокоит и какие у него проблемы, что стало, по его мнению, причиной его состояния, как это состояние развивалось, и что он думает о возможном исходе заболевания.

Все, что удаётся узнать, собирая анамнез, помогает оформить историю сестринского наблюдения за пациентом и выделить те проблемы, которым следует уделить особое внимание.

2.1.3 Карта сестринского наблюдения за пациентом

В соответствии с Государственным образовательным стандартом изучение сестринской истории болезни (СИБ) пациента введено в программу подготовки сестринского персонала во всех училищах и колледжах РФ. В соответствии с выбранной моделью сестринского дела каждое учебное заведение разрабатывает свою карту наблюдения за пациентом или сестринскую историю болезни.

В СИБ необходимо указать дату опроса пациента, а в случае быстрой смены обстоятельств - и время.

Изложению информации, полученной от пациента, как правило, предшествуют определённые сведения, носящие вводный характер.

Анкетные данные (возраст, пол, место жительства, род занятий) позволяют не только установить, кем является пациент, но и получить примерное представление о том, что это за человек, и какие проблемы со здоровьем у него могут быть.

Способ поступления в медицинское учреждение или обращения за помощью поможет понять возможные мотивы пациента. Пациенты, обратившиеся за помощью по своей инициативе, отличаются от тех, кто поступил по направлению.

Источник получения информации. В СИБ необходимо указать, от кого получены сведения о пациенте. Это может быть он сам, его родственники, друзья, члены медицинской бригады, работники милиции. Нужную

информацию можно также почерпнуть из имеющейся у пациента документации.

Надежность источника указывают в случае необходимости.

2.1.4 Субъективное обследование

Основные жалобы. С этого раздела начинается основная часть СИБ. Лучше записывать слова самого больного: «У меня болит живот, мне очень плохо». Иногда пациенты не предъявляют явных жалоб, а излагают цель госпитализации: «Меня положили просто для обследования».

История настоящего заболевания. Здесь следует чётко, в хронологической последовательности указать те проблемы со здоровьем, которые заставили пациента обратиться за медицинской помощью. Информация может исходить от больного либо его окружения. Сестринский персонал должен упорядочить информацию. Необходимо выяснить, когда началось заболевание; обстоятельства, при которых оно возникло, его проявления и любое предпринятое пациентом самостоятельное лечение (приём препаратов, клизма, грелка, горчичники и т.п.). Если недуг сопровождается болью, выясняют следующие детали:

- место локализации;
- иррадиацию (куда отдает?);
- характер (что она напоминает?);
- интенсивность (насколько она сильна?);
- время появления (когда она начинается, как долго длится, и как часто появляется?);
- обстоятельства, при которых она возникает (факторы окружающей среды, эмоциональные реакции или другие обстоятельства);
- факторы, усугубляющие или облегчающие боль (физическая или эмоциональная нагрузка, переохлаждение, приём лекарственных препаратов (что именно, в каких количествах) и т.п.);

- сопутствующие проявления (одышка, артериальная гипертензия, ишурия, головокружение, тахикардия, расширение зрачков, вынужденная поза, характер мимики и т.п.).

Подобным образом можно детализировать и другие проявления заболевания или состояния пациента (тошноту и рвоту, задержку стула, диарею, беспокойство и т.п.).

В этом же разделе записывают, что сам пациент думает о своём заболевании, что заставило его обратиться к врачу, как болезнь отразилась на его жизни и активности.

В разделе анамнез жизни указывают все перенесённые ранее заболевания, травмы, лечебные процедуры, даты предшествующих госпитализаций, реакцию пациента на проведённое в прошлом лечение и качество оказанной сестринской помощи.

Состояние пациента на момент осмотра, условия жизни, привычки, отношение к здоровью позволяют выявить те сильные и слабые стороны, которые необходимо учитывать при планировании сестринского ухода.

Семейный анамнез даёт возможность оценить риск возникновения у пациента некоторых заболеваний, носящих наследственный характер. В случае обнаружения семейной патологии, к обследованию и лечению могут быть привлечены родственники.

Психологический анамнез помогает узнать пациента как личность, оценить его вероятные реакции на болезнь, его механизмы приспособления к ситуации, силы больного, его тревогу.

2.1.5 Объективное обследование

Основная задача объективного обследования органов и систем пациента - выявить те важные проблемы со здоровьем, которые в беседе с пациентом ещё не были упомянуты. Нередко болезненное состояние пациента вызвано нарушением нормального функционирования органа или системы в целом. Лучше начинать выяснение состояния той или иной системы с обобщающих вопросов: «Как у вас со слухом?», «Вы хорошо

видите?», «Как работает ваш кишечник?». Это позволит пациенту сконцентрироваться на предмете разговора.

Сестринский процесс - не обязательная составляющая сестринской деятельности, поэтому обследование пациента рекомендуют проводить по определённому плану с соблюдением необходимых правил, рекомендуемых при врачебном осмотре.

Объективную оценку состояния пациента начинают с общего осмотра, затем переходят к пальпации (ощупыванию), перкуссии (выстукиванию), аускультации (выслушиванию). В совершенстве владеть перкуссией, пальпацией и аускультацией - профессиональная задача врача и медицинской сестры. Данные осмотра заносят в СИБ.

Оценка общего состояния пациента

Внешний вид и поведение пациента необходимо оценивать, используя данные наблюдений, сделанных при сборе анамнеза и обследовании. Хорошо ли пациент слышит голос медицинской сестры? Легко ли он двигается? Какая у него походка? Чем он занят в момент встречи, сидит или лежит? Что находится у него на прикроватном столике: журнал, открытки, молитвенник, емкость для сбора рвотных масс или вообще ничего? Предположения, сделанные на основе таких нехитрых наблюдений, могут помочь в выборе тактики сестринского ухода.

Необходимо обратить внимание на то, как пациент одет. Опрятен ли он? Есть ли запах, исходящий от него? Следует обратить внимание на речь пациента, проследить за выражением его лица, поведением, эмоциями, реакциями на окружающее, выяснить состояние сознания.

Состояние сознания пациента. При его оценке нужно выяснить, насколько адекватно тот воспринимает окружающую обстановку, как реагирует на медицинский персонал, понимает ли вопросы, которые ему задают, насколько быстро отвечает, не склонен ли терять нить разговора, замолкать или засыпать.

Если пациент не отвечает на вопросы, можно прибегнуть к следующим приёмам:

- громко обратиться к нему;
- слегка его потрясти, как это делают, когда будят спящего человека.

Если пациент по-прежнему не реагирует, следует установить, не находится ли он в состоянии сопора или комы. Нарушение сознания может быть кратковременным или длительным.

Для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4 лет и взрослых широко используют шкалу комы Глазго (ШКГ) - The Glasgow Coma Scale (GCS). Она состоит из трёх тестов для оценки: реакции открывания глаз (E), речевых (V) и двигательных (M) реакций. После проведения каждого теста начисляют определённое количество баллов, а затем подсчитывают общую сумму (рис. 2).

Признак	Виды реакции	Баллы
Открывание глаз (E, eye response)	Произвольное	4
	Как реакция на голос	3
	Как реакция на боль	2
	Отсутствует	1
Речевая реакция (V, verbal response)	Быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	5
	Спутанная речь	4
	Словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу	3
	Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос	2
	Отсутствует	1
Двигательная реакция (M, motor response)	Выполнение движений по команде	6
	Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание)	5
	Одергивание конечности в ответ на болевое раздражение	4
	Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствует	1

Рис. 2. Шкала комы Глазго

Интерпретация полученных результатов:

- 15 баллов - сознание ясное;
- 13-14 баллов - оглушение;
- 9-12 баллов - сопор;
- 6-8 баллов - умеренная кома;
- 4-5 баллов - терминальная кома;
- 3 балла - гибель коры.

Положение пациента. Оно зависит от общего состояния. Различают три вида положения пациента: активное, пассивное и вынужденное.

Пациент, находящийся в активном положении, легко его изменяет: садится, встаёт, передвигается; обслуживает себя. В пассивном положении пациент малоподвижен, не может самостоятельно повернуться, поднять голову, руку, изменить положение тела. Такое положение наблюдают при бессознательном состоянии пациента или состоянии гемиплегии, а также в случаях крайней слабости. Вынужденное положение пациент занимает для облегчения своего состояния. Например, при боли в животе он поджимает колени, при одышке сидит с опущенными вниз ногами, придерживаясь руками за стул, кушетку, кровать. О боли свидетельствуют страдание на лице, усиленное потоотделение.

Рост и масса тела пациента. Выясняют, какова его обычная масса тела, не изменилась ли она в последнее время. Пациента взвешивают, рассчитывают нормальную массу тела, измеряют его рост, выясняют, нет ли у него слабости, утомляемости, лихорадки.

У пациентов с нарушением потребности в питании и выведении продуктов жизнедеятельности из организма данные массы тела и роста используют как основные показатели при лечении. Рост и масса тела человека в большой степени зависят от его режима и характера питания, наследственности, перенесённых заболеваний, социально-экономического положения, места проживания и даже времени рождения.

Сестринскому персоналу нередко приходится определять рост и массу тела пациентов, особенно в педиатрической практике или на профилактических осмотрах. Выпускаемый медицинской промышленностью прибор весы-ростомер позволяет провести эти измерения с большой экономией времени.

По вопросу о нормальной массе тела (должной массе) взрослого человека нет единого мнения. При самом простом способе расчета нормальная масса тела человека должна быть равна его росту в сантиметрах минус 100. Так, при росте человека 170 см нормальная масса тела составляет 70 кг. При расчете идеальной массы тела учитывают рост, пол человека, возраст и тип телосложения. Для определения идеальной массы тела необходимо пользоваться специальными таблицами.

Для измерения массы тела и роста человека необходимо действовать по определённому алгоритму (рис. 3).

Тип телосложения	Надчревный угол	Отличительные особенности
Астенический	Острый	Тонкий стройный скелет, длинные тонкие конечности, мускулатура развита слабо. Кожа бледная, тонкая. Обмен веществ ускорен. АД понижено. Значительное увеличение вертикальных размеров туловища по отношению к горизонтальным
Нормостенический	Прямой	Правильное телосложение. Нормальный обмен веществ. Кожа нормальной окраски
Гиперстенический	Тупой	Конечности короткие и толстые, голова большая, лицо широкое, шея короткая и толстая. Замедленный обмен веществ. Склонность к повышению АД

Рис. 3. Алгоритм определения массы тела и роста человека

Алгоритм измерения роста пациента

Цель: оценка физического развития.

Показания: осмотр при поступлении в стационар или профилактический осмотр.

Оснащение: ростомер, ручка, история болезни.

Проблемы: пациент не может стоять. 1-й этап. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить ход предстоящей

процедуры, получить согласие. Оценить возможность участия пациента в процедуре.

Обоснование:

- установление контакта с пациентом;
- обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре;
- соблюдение прав пациента.

2. Постелить клеёнку или одноразовую прокладку под ноги. Предложить пациенту разуться, расслабиться, женщинам с высокой причёской распустить волосы.

Обоснование:

- обеспечение профилактики ВБИ;
- получение достоверных показателей. 2-й этап. Выполнение процедуры.

3. Предложить пациенту встать на площадку ростомера спиной к стойке со шкалой так, чтобы он касался её тремя точками (пятками, ягодицами и межлопаточным пространством).

Обоснование:

- обеспечение достоверных показателей.

4. Встать справа либо слева от пациента. Обоснование:

- обеспечение безопасной больничной среды.

5. Слегка наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы располагались на одной линии, параллельно полу.

Обоснование:

- обеспечение достоверных показателей.

6. Опустить на голову пациента планшетку. Зафиксировать планшетку, попросить пациента опустить голову, затем помочь ему сойти с ростомера. Определить показатели, проводя отсчет по нижнему краю.

Обоснование:

- обеспечение условий для получения результата;
- обеспечение охранительного режима. 8. Сообщить полученные данные пациенту. Обоснование:

- обеспечение прав пациента. 3-й этап. Окончание процедуры

8. Убрать салфетку для ног с площадки ростомера и выбросить её в контейнер для мусора.

Обоснование:

- профилактика ВБИ.

9. Записать полученные данные в историю болезни. Обоснование:

- обеспечение преемственности сестринского ухода. Примечание. Если пациент не может стоять, измерение проводят, когда он находится в положении сидя. Следует предложить пациенту стул. Точками фиксации будут крестец и межлопаточное пространство. Измерьте рост в положении сидя. Зафиксируйте результаты.

Алгоритм взвешивания и определения массы тела пациента

Цель: оценка физического развития или эффективности лечения и сестринского ухода.

Показания: профилактический осмотр, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной или эндокринной системы.

Оснащение: медицинские весы, ручка, история болезни.

Проблемы: тяжелое состояние пациента.

1-й этап. Подготовка к процедуре.

1. Собрать информацию о пациенте. Вежливо представиться ему. Спросить, как к нему обращаться. Объяснить ход процедуры и правила её проведения (натошак, в одной и той же одежде, без обуви; после опорожнения мочевого пузыря и, по возможности, кишечника). Получить согласие пациента. Оценить возможность его участия в процедуре.

Обоснование:

- установление контакта с пациентом;

- соблюдение прав пациента.

2. Подготовить весы: выверить; отрегулировать; закрыть затвор.

Постелить клеёнку или бумагу на площадку весов.

Обоснование:

- обеспечение достоверных результатов;
- обеспечение инфекционной безопасности. 2-й этап. Выполнение процедуры.

3. Попросить пациента снять верхнюю одежду, разуться и осторожно встать на центр площадки весов. Открыть затвор. Продвигать гири на весах влево до тех пор, пока уровень коромысла не совпадет с контрольным.

Обоснование:

- обеспечение достоверных показателей.

4. Закрыть затвор. Обоснование:

- обеспечение сохранности весов.

5. Помочь пациенту сойти с весовой площадки. Обоснование:

- обеспечение охранительного режима.

6. Записать полученные данные (необходимо помнить, что большая гиря служит для фиксации десятков килограммов, а маленькая - для килограммов и граммов).

Обоснование:

- определение соответствия фактической массы тела пациента идеальной с помощью индекса массы тела (ИМТ) - индекса Кетле.

Примечание. ИМТ равен фактической массе тела, делённой на возведённый в квадрат рост человека. При значениях ИМТ в диапазоне 18-19,9 фактическая масса тела меньше нормы; при значениях ИМТ в диапазоне 20-24,9 фактическая масса тела равна идеальной; ИМТ, равный 25-29,9, свидетельствуют о стадии предожирения, а ИМТ >30 означает, что пациент страдает от ожирения.

7. Сообщить данные пациенту. Обоснование:

- обеспечение прав пациента. 3-й этап. Окончание процедуры.

8. Убрать с площадки салфетку и выбросить её в контейнер для мусора.

Вымыть руки.

Обоснование:

- профилактика ВБИ.

9. Занести полученные показатели в СИБ. Обоснование:

- обеспечение преемственности сестринского ухода.

Примечание. В отделении гемодиализа пациентов взвешивают в кровати с помощью специальных весов.

Оценка состояния кожи и видимых слизистых

При осмотре, пальпации (при необходимости) кожи и видимых слизистых следует обратить внимание на следующие характеристики.

Окраска кожного покрова и слизистых. Осмотр позволяет выявить пигментацию или её отсутствие, гиперемию или бледность, цианоз или желтушность кожи и слизистых. До проведения осмотра следует спросить пациента, не заметил ли он у себя каких-либо изменений кожного покрова.

Встречаются несколько характерных изменений окраски кожи и слизистых оболочек.

1. Гиперемия (покраснение). Она может быть временной, обусловленной приёмом горячей ванны, алкоголя, лихорадкой, сильным волнением, и постоянной, связанной с артериальной гипертензией, работой на ветру или в жарком помещении.

2. Бледность. Бледность временного характера может быть вызвана волнением или переохлаждением. Выраженная бледность кожных покровов характерна для кровопотери, обморока, коллапса. Гиперемия и бледность лучше всего заметны на ногтевых пластинках, губах и слизистых оболочках, особенно на слизистой оболочке полости рта и конъюнктивы.

3. Цианоз (синюха). Может быть общим и местным, центральным и периферическим. Общий характерен для сердечно-сосудистой недостаточности. Местный, например, для тромбофлебита. Центральные цианоз больше выражен на губах и слизистой оболочке полости рта и языка.

Однако губы принимают синюшный оттенок и при низкой температуре окружающей среды. Периферический цианоз ногтей, кистей, стоп также может быть вызван волнением или низкой температурой воздуха в помещении.

4. Иктеричность (желтушность) склер свидетельствует о возможной патологии печени или усиленном гемолизе. Желтушность может появиться на губах, твердом небе, под языком и на коже. Желтушность ладоней, лица и подошв может быть обусловлена высоким содержанием каротина в пище пациента.

Влажность и жирность кожи. Кожные покровы могут быть сухими, влажными или жирными. Влажность кожи, состояние подкожной клетчатки оценивают с помощью пальпации. Сухость кожи характерна для гипотиреоза.

Температура кожных покровов. Прикоснувшись к коже пациента тыльной поверхностью пальцев, можно судить о её температуре. Помимо оценки общей температуры, необходимо проверить температуру на любом покрасневшем участке кожи. При воспалительном процессе отмечают локальное повышение температуры.

Эластичность и тургор (упругость). Необходимо определить, легко ли кожа собирается в складку (эластичность) и быстро ли она расправляется после этого (тургор). Часто применяемый способ для оценки упругости кожи - пальпация.

Снижение эластичности и упругости кожи, её натянутость наблюдают при отёках, склеродермии. Сухая и неэластичная кожа может свидетельствовать об опухолевых процессах и обезвоживании организма. Необходимо учитывать, что с возрастом эластичность кожи человека снижается, появляются морщины.

Патологические элементы кожных покровов. При обнаружении патологических элементов необходимо указать их особенности, локализацию и распределение на теле, характер расположения, конкретный вид и время их возникновения (например, при сыпи). Следствием зуда кожи могут быть

расчесы, которые приводят к риску инфицирования пациента. При осмотре необходимо обратить на них особое внимание, так как причиной их возникновения может быть не только сухость кожи, аллергические реакции, сахарный диабет или другая патология, но и чесоточный клещ.

Волосы на теле. При осмотре необходимо обратить внимание на характер оволосения, количество волос пациента. Люди часто переживают по поводу выпадения волос или избыточного оволосения. Их чувства необходимо учитывать при планировании сестринского ухода. Тщательный осмотр позволяет выявить лиц с педикулезом (завшивленностью).

Обнаружение педикулеза и чесотки - не повод для отказа от госпитализации. При своевременной изоляции и соответствующей санитарной обработке пациентов их пребывание в стенах ЛПУ безопасно для окружающих.

Ногти. Необходимо осмотреть и ощупать ногти на руках и ногах. Утолщение и изменение цвета ногтевых пластин, их ломкость могут быть вызваны грибковым поражением.

Состояние волос и ногтей, степень их ухоженности, использование косметических средств помогут разобраться в личностных особенностях пациента, его настроении, образе жизни. Например, отросшие ногти с полустертым лаком, давно некрашенные волосы могут свидетельствовать о потере интереса пациента к своей внешности. Неопрятный внешний вид характерен для пациента с депрессией или деменцией, однако судить о внешнем виде следует, исходя из вероятной нормы для конкретного пациента.

Оценка состояния органов чувств

Органы зрения. Оценку состояния органов зрения пациента можно начать с вопросов: «Как у вас со зрением?», «Глаза не беспокоят?». Если пациент отмечает ухудшение зрения, необходимо выяснить, постепенно или внезапно это произошло, носит ли он очки, где и как их хранит.

Если пациент проявляет беспокойство по поводу боли в глазах или вокруг глаз, слезотечения, покраснения, его следует успокоить. Объяснить, что снижение зрения может быть обусловлено адаптацией пациента к условиям стационара, приёмом лекарственных препаратов.

План сестринского ухода должен быть составлен с учётом проблем у пациента со зрением.

Органы слуха. Прежде чем приступить к их осмотру, следует поинтересоваться у пациента, хорошо ли он слышит. Если он жалуется на снижение слуха, необходимо выяснить, затрагивает оно оба уха или одно, внезапно или постепенно оно произошло, сопровождалось ли выделениями либо болью. Нужно узнать, носит ли пациент слуховой аппарат, если да, то и тип аппарата.

Используя полученную информацию о снижении слуха и остроты зрения, медицинская сестра сможет эффективно общаться с пациентом.

Органы обоняния. Сначала необходимо выяснить, насколько пациент подвержен простудам, часто ли он отмечает заложенность носа, выделения, зуд, страдает ли носовыми кровотечениями. Если у пациента аллергический ринит, следует уточнить характер аллергена и использованные ранее методы лечения этого заболевания. Следует выявить поллиноз, патологию придаточных пазух носа.

Полость рта и глотка. При осмотре полости рта нужно обратить внимание на состояние зубов и дёсен пациента, изъязвления на языке, сухость во рту, если есть зубные протезы, проверить их пригнан-ность, выяснить дату последнего посещения стоматолога.

Плохо пригнанные зубные протезы могут быть препятствием к общению с пациентом и причиной расстройства речи, налёт на языке - причиной дурного запаха и снижения вкусовых ощущений, а боли в горле и болезненность языка - причиной затруднений при приёме пищи. Всё это надо учитывать при планировании сестринского ухода.

Оценка состояния верхней части тела

Голова. Прежде всего, нужно узнать, нет ли у пациента жалоб на головную боль, головокружения, были ли травмы. Головная боль - весьма распространенное явление у пациентов всех возрастов. Необходимо выяснить её характер (постоянная она или пульсирующая, острая или тупая), локализацию, впервые она возникла или отличается хроническим течением. При мигрени нередко наблюдают не только головную боль, но и сопутствующие ей симптомы (тошноту и рвоту).

Шея. При осмотре выявляют различные припухлости, опухшие железы, зоб, боли.

Оценка состояния молочных желез

При осмотре выясняют, производит ли женщина самостоятельный осмотр молочных желез, есть ли ощущения дискомфорта в молочной железе, наблюдается ли женщина у онколога, есть ли нарушения менструального цикла, отмечается ли нагрубание и болезненность желез в предменструальном периоде.

При выделениях из соска уточняют, когда они появились, их цвет, консистенцию и количество; выделяются они из одной или из обеих желез. При обследовании может быть выявлена асимметрия молочных желез, нагрубание, уплотнение, отсутствие одной или обеих молочных желез.

Если пациентка не умеет самостоятельно проводить осмотр молочных желез, можно ввести в план сестринского ухода обучение этим приёмам.

Патология молочных желез достаточно часто встречается у женщин, в том числе и у молодых. Необходимо помнить, что потеря молочной железы может стать большой психологической травмой для женщины и отразиться на удовлетворении её потребностей в сексе. Сестринскому персоналу надо с особым тактом и вниманием относиться к молодым пациенткам, перенёвшим мастэктомию.

Оценка состояния костно-мышечной системы

Чтобы определить состояние этой системы, нужно, прежде всего, узнать, беспокоят ли пациента боли в суставах, костях и мышцах. При

жалобах на боли следует выяснить их точную локализацию, область распространения, симметричность, иррадиацию, характер и интенсивность. Важно определить, что способствует усилению или ослаблению боли, как влияет на неё физическая нагрузка, сопровождается ли она какими-либо другими симптомами.

При осмотре выявляют деформации, ограничение подвижности скелета, суставов. При ограничении подвижности сустава необходимо выяснить, какие движения и в какой степени нарушены: может ли пациент свободно ходить, стоять, сидеть, наклоняться, вставать, причесываться, чистить зубы, есть, одеваться, умываться. Ограничение подвижности приводит к ограничению самообслуживания. Такие пациенты подвержены риску развития пролежней, инфицирования и поэтому требуют повышенного внимания со стороны сестринского персонала.

Оценка состояния дыхательной системы

В первую очередь необходимо обратить внимание на изменение голоса пациента; частоту, глубину, ритм и тип дыхания; экскурсию грудной клетки, оценить характер одышки, если таковая имеется, способность пациента к перенесению физической нагрузки, узнать дату последнего рентгенологического обследования.

Как острую, так и хроническую патологию дыхательной системы может сопровождать кашель. Следует определить его характер, количество и вид мокроты, её запах. Особое внимание надо обратить на кровохарканье, боли в грудной клетке, одышку, так как их причиной, как и кашля, может быть серьезная патология органов сердечно-сосудистой системы.

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы

Пульс и АД определяют, как правило, до оценки состояния сердечно-сосудистой системы. При измерении пульса необходимо обратить внимание на его симметричность на обеих руках, ритм, частоту, наполнение, напряжение, дефицит.

При жалобах пациента на боль в области сердца необходимо прояснить её характер, локализацию, иррадиацию, продолжительность. В случае длительного или повторного заболевания нужно определить, какими лекарственными средствами пациент обычно купирует боли.

Пациентов часто беспокоит сердцебиение. Они рассказывают, что сердце «замирает», «колотится», «скачет», отмечают тягостные ощущения. Необходимо выяснить, какие факторы вызывают сердцебиение. Оно не обязательно означает серьезные нарушения сердечной деятельности.

Характерный признак сердечно-сосудистой патологии - отёки. Они возникают вследствие скопления жидкости в тканях и полостях организма. Различают скрытые (не видимые при внешнем осмотре) и явные отёки.

Явные отёки легко определить по изменениям рельефа определённых участков тела. При отёках ноги в области голеностопного сустава и стопы, где есть изгибы и костные выступы, они сглаживаются. Если при надавливании на кожу и подкожно-жировую клетчатку пальцем там, где они ближе всего к кости (средняя треть передней поверхности голени), на этом месте образуется долго не исчезающая ямка, значит, там отёк. Кожа становится сухой, гладкой, бледной, малочувствительной к теплу, снижаются её защитные свойства.

Возникновению явных отёков предшествует скрытый период, во время которого увеличивается масса тела человека, снижается количество выделяемой им мочи, в организме задерживается несколько литров жидкости, появляются скрытые отёки. Важно уметь их распознавать. Это можно сделать с помощью ежедневных взвешиваний по утрам и определения водного баланса пациента. Водный баланс - отношение количества принятой пациентом за сутки жидкости к количеству выделенной им мочи.

Затем выясняют время и периодичность возникновения отёков, их локализацию, связь с чрезмерным потреблением жидкости или соли, с соматическими заболеваниями.

Отёки бывают местными и общими, подвижными и неподвижными. При заболеваниях сердца и периферических сосудов, если пациент не прикован к постели, в нижних частях тела - на стопах и голени - может появиться ортостатический отёк. Отечность век и кистей, если она сочетается с отёком других частей тела, наблюдают при заболеваниях почек. Увеличение размера талии может быть признаком асцита (брюшной водянки). Кахектические отёки развиваются при крайнем истощении организма, например у больных на последней стадии онкологических заболеваний.

Отёки могут затрагивать внутренние органы и полости. Скопление транссудата в брюшной полости называют асцитом, в плевральной полости - гидротораксом (водянка грудная); обширный отёк подкожной клетчатки носит название анасарка.

Головокружения, обморочные состояния, онемение и покалывание в конечностях - признаки гипоксии, характерного явления при патологии сердечно-сосудистой системы и дыхательной недостаточности. Они приводят к повышенному риску падений и травматизма пациента.

Подробная оценка состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента позволяет судить о степени удовлетворения потребности в кислороде, занимающем ведущее место в жизнедеятельности организма.

Оценка состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

На основании полученных сведений о состоянии ЖКТ пациента можно судить о степени удовлетворения его потребностей в еде, питье, выведении продуктов жизнедеятельности из организма.

Необходимо выяснить у пациента, бывают ли у него нарушения аппетита, изжога, тошнота, рвота (особое внимание надо обратить на кровавую рвоту), отрыжка, расстройства пищеварения, проблемы при глотании.

Осмотр целесообразно начинать с языка - зеркала желудка. Следует обратить внимание на налёт и запах изо рта, оценить аппетит пациента,

выяснить его пристрастия в еде, модель питания. Необходимо отметить форму и величину живота, его симметричность. В случае крайней необходимости сестринский персонал проводит поверхностную пальпацию живота. При острой боли неясного происхождения необходимо срочно пригласить врача.

Существенные показатели, характеризующие состояние ЖКТ, - частота стула, его цвет, количество кала. В норме у человека стул выделяется ежедневно в одно и то же время. О его задержке можно говорить, если он отсутствует в течение 48 ч. Недержание кала нередко связано с заболеваниями ЦНС. Нарушения дефекации могут быть обусловлены не только органической патологией, но и психологическим состоянием пациента.

После сестринского опроса и осмотра медицинская сестра фиксирует в СИБ полученную информацию о кровотечениях из прямой кишки или дегтеобразном стуле, геморрое, запорах, поносах, болях в животе, непереносимости некоторых пищевых продуктов, метеоризме, связанной с патологией печени и желчного пузыря желтухе и пр. Информация о колостоме или илеостоме поможет составить индивидуальный план сестринского ухода, обучения родственников правильному уходу за больным.

Оценка состояния мочевыделительной системы

При сестринском опросе и осмотре надо оценить характер и частоту мочеиспускания у пациента, цвет мочи, её прозрачность, выявить расстройства мочевыделительной системы (качественные и количественные). Недержание мочи и кала не только фактор риска развития пролежней у пациента, но и большая психологическая и социальная проблема.

Если пациент носит постоянный катетер или ему наложили цистостому, сестринскому персоналу необходимо запланировать мероприятия по адаптации больного к окружающей среде, а также по профилактике инфицирования органов его мочевыделительной системы.

Оценка состояния эндокринной системы

При оценке эндокринной системы сестринскому персоналу необходимо обратить внимание на характер оволосения пациента, распределение подкожно-жировой клетчатки, видимое увеличение щитовидной железы. Нередко нарушения эндокринной системы, связанные с изменениями внешности, становятся причиной психологического дискомфорта пациента.

Оценка состояния нервной системы

Выясняют, были ли у пациента эпизоды потери сознания, судороги, хорошо ли он спит. Необходимо расспросить пациента о его сновидениях, продолжительности и характере сна (глубокий, спокойный или поверхностный, беспокойный). Важно узнать, пользуется ли пациент снотворными, если да, то какими, и как давно он начал их применять.

Проявлением неврологических расстройств у пациента может быть головная боль, потеря и изменение чувствительности.

При треморе конечностей, нарушении походки пациента следует узнать, не было ли у него в прошлом травмы головы, позвоночника. Действия сестринского персонала должны быть направлены на обеспечение безопасности такого пациента во время его пребывания в стационаре.

В случае ограничения двигательной активности пациента вследствие слабости, парезов или паралича в план сестринского ухода необходимо включить специальные мероприятия по профилактике пролежней.

Оценка состояния репродуктивной системы

У женщин выясняют время наступления первой менструации (менархе); регулярность, продолжительность, частоту, количество выделений; дату последней менструации. Необходимо узнать, бывают ли у пациентки кровотечения в межменструальном периоде, не страдает ли она от дисменореи, предменструального синдрома, меняется ли её самочувствие во время менструации.

Многих девушек беспокоят нерегулярность или задержка менструаций. Задавая вопросы, медицинская сестра может понять степень информированности пациентки о женской половой сфере.

У женщины средних лет следует выяснить, прекратилась ли у неё менструация и когда, сопровождалось ли её прекращение какими-либо симптомами. Можно также поинтересоваться, как она восприняла это событие, повлияла ли менопауза каким-либо образом на её жизнь.

При сестринском опросе и осмотре выявляют выделения, зуд, изъязвления, припухлости половых органов. В СИБ отмечают перенесённые венерические заболевания, способы их лечения; число беременностей, родов, аборт; способы предохранения от беременности; сексуальные предпочтения пациентки.

У мужчин состояние половой системы выясняют после проверки состояния мочевыводящих путей. Задаваемые вопросы направлены на выявление локальных симптомов, свидетельствующих о нарушениях половой функции.

Очень важно узнать у пациента, какие условия и обстоятельства (общее состояние больного, принимаемые препараты, употребление спиртных напитков, сексуальный опыт, взаимоотношения между сексуальными партнерами) обусловили или способствовали нарушению половой функции. При беседе с пациентами на эту тему сестринский персонал должен использовать приёмы терапевтического общения и величайшее чувство такта.

После завершения опроса и осмотра следует передать инициативу больному, задав ему наводящий вопрос: «О чём мы ещё не поговорили?» или поинтересовавшись: «У вас есть ко мне вопросы?». Необходимо объяснить пациенту, что его ждет дальше, познакомить с распорядком дня, сотрудниками, помещениями, соседями по палате, вручить памятку о его правах и обязанностях.

По окончании обследования сестринский персонал делает выводы о нарушении потребностей пациента, фиксирует их в СИБ.

В дальнейшем следует ежедневно отображать динамику состояния пациента в дневнике наблюдений (СИБ, с.) на протяжении всего пребывания в стационаре.

Первые шаги в начале практической деятельности сестринского персонала бывают осторожными и неуверенными. При обследовании пациентов студенты порой волнуются больше, чем сам больной. Часто возникает ощущение неловкости и неуверенности. Опрос превращается в допрос, осмотр затягивается. Прикосновение к интимным частям тела пациента вызывает чувство стыда. В этих случаях следует стараться овладеть собой, держаться спокойно, собранно, по возможности уверенно. Навыки ведения учебной истории болезни помогают в дальнейшем грамотно и полноценно провести сестринский опрос.

Если разговор с пациентом уже закончен, а вы поняли, что упустили нечто важное, можно вернуться и вежливо сказать, что необходимо кое-что уточнить. Нельзя выдавать своего раздражения, тревоги, отвращения. Медицинский работник не имеет права на отрицательные эмоции у постели больного.

Уверенность в себе приходит со временем. С приобретением практических умений и навыков процесс сестринского обследования становится привычной процедурой, проводимой без причинения особых неудобств пациенту. Опытный сестринский персонал обращает внимание на реакции больного, а не на собственные переживания. Совершенствование профессионализма для истинного медика становится делом всей его жизни.

2.2 Дополнительные методы обследования пациента в сестринской практике

К дополнительным методам обследования относятся:

- лабораторные (общеклинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, желудочного сока, желчи);
- функциональные (спирография, электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование);
- рентгенологические (рентгенография грудной клетки, желудка, кишечника);
- ультразвуковые (эхокардиоскопия, УЗИ органов брюшной полости);
- радиоизотопные;
- эндоскопические (фиброэзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия).

2.2.1 Подготовка пациентов к дополнительным методам исследования

1. Подготовка пациента к общему анализу крови и забору крови на биохимическое исследование:

1. Объяснить пациенту суть исследования и правила подготовки к нему.
2. Получить согласие пациента на предстоящее исследование.
3. Проинформировать пациента о точном времени и месте проведения исследования.
4. Анализ проводится натощак. Перед взятием крови пациенту нельзя курить, принимать лекарства, делать гимнастику, массаж, физиопроцедуры и др.

2. Подготовка пациента к анализу крови на содержание сывороточного железа:

Подготовка и забор крови проводится по общим правилам. Но для обеспечения достоверного результата необходимо соблюдать дополнительные правила:

1. Пробирка для забора крови должна быть обработана изнутри специальным реактивом. Это необходимо для исключения влияния железа, которое может быть в воде, использованной для мытья пробирки.

2. Предупредить пациента, чтобы он не принимал препараты железа в течение недели перед забором крови.

3. Тест на толерантность к глюкозе

Утром натощак пациент сдаёт кровь из пальца на глюкозу. Затем разводят 75 г глюкозы или 100 г сахара в 1/2 стакана воды, и пациент выпивает раствор.

Повторно глюкозу крови определяют через 1 час, а затем через 2 часа или только через 2 часа после нагрузки.

3. Гликемический профиль

Это забор крови на глюкозу в течение суток. Утром – натощак, а затем при обычной диете три или четыре раза за сутки через равные промежутки времени. Кровь берётся из пальца или из вены.

4. Суточная моча для определения глюкозы и ацетона

Утром после сна пациент должен помочиться в унитаз. Зафиксировать время. Затем собрать всю мочу за 24 часа, причём последний раз пациент должен помочиться в фиксированное время. В лабораторию доставляется вся моча или 100 мл из собранной мочи, предварительно тщательно перемешанной. Обязательно указывается общее количество собранной за сутки мочи.

5. Глюкозурический профиль

Пациент собирает суточную мочу в три банки. Утром после сна помочиться в унитаз. Затем собирать мочу в отдельные банки через 8, 16 и 24 часа.

6. Проба Реберга

Утром после сна пациент выпивает 2 стакана воды и спустя 15 минут мочится в унитаз. Затем ложится в постель и строго через час собирает в отдельную посуду первую порцию мочи. Ещё через час собирает вторую порцию мочи в отдельную посуду. В середине сбора мочи из вены берут 6-8 мл крови натощак. Определяют клубочковую фильтрацию и канальцевую реабсорбцию.

Подготовка пациента к сдаче кала

Исследование кала на яйца гельминтов, для обнаружения простейших, возбудителей кишечной группы, ротавирусов

Кал собирают в стерильный контейнер и доставляют в течение 3 часов после сбора.

1. Кал на копрологию

В стеклянный контейнер, помещают кал объемом около 2 чайных ложек и доставляют в лабораторию в течение 5 часов. Стул должен быть получен без применения клизм и слабительных.

2. Исследование кала на скрытую кровь

За три дня до сдачи этого анализа из рациона необходимо исключить мясо, печень, кровяную колбасу и все продукты, содержащие железо (яблоки, болгарский перец, шпинат, белую фасоль, зеленый лук, огурцы и т.д.) Стул должен быть получен без применения клизм и слабительных. Сбор кала осуществляется в специальный контейнер, объемом около 1 чайной ложки. Материал доставляют в лабораторию в течение 5 часов.

3. Исследование на энтеробиоз (для выявления тениид и остриц)

Для данного исследования биоматериал берется с перианальных складок (вокруг анального отверстия) самим пациентом. Процедура проводится утром сразу после подъема с постели до проведения гигиенических процедур, мочеиспускания и дефекации.

Ватной палочкой круговыми движениями забирается материал с перианальных складок (где и откладываются яйца выше указанные гельминты), после чего палочку помещают в специальный контейнер (неиспользованный

конец ватной палочки удалить). Материал доставляется в лабораторию в течение 3-х часов после сбора.

4. Подготовка к исследованию на дисбактериоз

Биоматериал (кал) на кишечный дисбактериоз собирается до начала лечения антибактериальными и химиотерапевтическими препаратами. Если это невозможно, то не ранее чем через 12 ч. после отмены препаратов. Для исследования собирают только свежесобраный кал.

За 3-4 дня до исследования нужно отменить прием слабительных препаратов, касторового и вазелинового масла и прекратить введение ректальных свечей. Кал, полученный после клизмы, а так же после приема бария (при рентгеновском обследовании), для исследования непригоден.

Специальную стерильную емкость для сбора кала нужно получить заранее в любом процедурном кабинете лаборатории. Предварительно пишется на этикетке емкости для кала данные больного: ФИО, дату рождения, дату и время сбора материала. Запись должна быть сделана разборчивым почерком.

При взятии материала необходимо соблюдать стерильность. До сбора анализа больному предлагают помочиться в унитаз, далее путем естественной дефекации в подкладное судно собрать испражнения (нужно проследить, чтобы не попала моча). Подкладное судно предварительно обрабатывается любым дезинфицирующим средством, тщательно промывается проточной водой несколько раз и ополаскивается кипятком. Кал забирается в чистый одноразовый контейнер (с завинчивающейся крышкой) ложечкой в количестве не более 1/3 объема контейнера.

Материал доставляется в любой процедурный кабинет лаборатории в течение 3 часов с момента сбора анализа. Желательно в течение указанного времени материал хранить в холоде (для этого можно использовать хладопакет или обложить контейнер кубиками льда, приготовленными заранее), но не замораживать.

Условия, соблюдение которых обязательно:

- . не допускается замораживание кала,
- . не допускается длительное хранение (более 5-6 часов),
- . не пригодны никакие транспортные среды, кроме указанной, контейнер должен быть плотно закрыт.

3. Сбор мокроты для посева

Мокрота собирается в стерильный контейнер. Перед откашливанием больной должен почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой. Для улучшения откашливания больному предварительно следует назначить отхаркивающие средства, теплое питье.

Материал доставляют в лабораторию в течение часа.

4. Исследование мазка из зева с определением чувствительности к антибиотикам, на дифтерию, микобактерии туберкулеза, гемолитический стрептококк.

Мазок из зева берется строго натощак, перед исследованием нельзя чистить зубы, полоскать рот водой, пить.

2.2.2 Подготовка пациентов к функциональным методам диагностики

Подготовка пациента к эндоскопическим исследованиям

Подготовка толстой кишки к колоноскопии

«Идеальная подготовка к колоноскопии предполагает полное очищение толстой кишки от содержимого с минимальными потерями для пациента в плане физического и психологического дискомфорта и отсутствия побочных явлений».

Способ №1

Больному следует:

Накануне исследования (за день до назначенной даты) соблюдать специальную «очищающую» бесшлаковую диету. Нельзя употреблять в течение всего дня мясные продукты, птицу, рыбу, крупы и каши, хлеб и макаронные изделия, овощи и фрукты в любом виде, орехи и т.п. Разрешается в течение дня употреблять только прозрачные жидкости –

минеральную воду, чай без сахара, прозрачные осветлённые соки без мякоти, прозрачный бульон.

Использовать препарат Фортранс (4 пакетика) и в 15 часов развести 3 пакетика препарата в трёх литрах воды. Раствор принимать по 1 стакану в течение 15 минут отдельными глотками. За 1 час желательно выпить 1 литр раствора (в течение 3х часов выпить 3 литра раствора). У больного должна появиться умеренная безболезненная диарея. Если за 1 час больному трудно выпивать 1 литр жидкости можно это делать медленней.

Утром следует постепенно выпить вторую порцию препарата (1 пакетик, разведённый в 1 литре воды). Должна продолжаться умеренная безболезненная диарея. Приём препарата должен быть закончен за три часа до процедуры.

Выходящая промывная жидкость постепенно должна становиться более чистой и не иметь дополнительных примесей. Чем чище будут промывные воды, тем легче и качественнее будет проведено обследование. Количество выпитой жидкости не должно быть меньше 4 литров.

Способ №2

Больному следует:

Накануне исследования (за 24 часа до начала приёма слабительного) соблюдать специальную «очищающую» бесшлаковую диету. Нельзя употреблять в течение всего дня мясные продукты, птицу, рыбу, крупы и каши, хлеб и макаронные изделия, овощи и фрукты в любом виде, орехи и т.п. Разрешается в течение дня употреблять только прозрачные жидкости – минеральную воду, чай без сахара, прозрачные осветлённые соки без мякоти, прозрачный бульон.

Применить препарат Дюфалак 200 мл, и в 15 часов развести 100 мл препарата в двух литрах воды или другой жидкости, по мере возможности постепенно, в течение последующих 4х часов выпить эту первую порцию. У больного должна появиться умеренная безболезненная диарея.

В 19 часов следует постепенно выпить вторую порцию препарата Дюфалак – 100 мл, разведённые в 2х литрах воды или другой жидкости. Должна продолжаться умеренная безболезненная диарея.

Выходящая промывная жидкость постепенно должна становиться более чистой и не иметь дополнительных примесей. Количество выпитой жидкости не должно быть меньше 4 литров.

В день исследования нельзя употреблять пищу и любые жидкости до окончания исследования (ничего не есть и не пить).

Способ №3

Традиционный способ подготовки толстой кишки к колоноскопии

При данной методике используются очистительные клизмы в сочетании с приёмом слабительных средств.

В течение 3х суток, предшествующих исследованию пациент должен соблюдать бесшлаковую диету (в идеале – «рацион космонавтов» с полным исключением пищевых волокон). Нельзя есть чёрный хлеб, овощи и фрукты, орехи. В сутки, предшествующие колоноскопии приём твёрдой пищи рекомендуется полностью исключить.

В середине дня, предшествующего дню колоноскопии назначается приём слабительных средств (40 – 60 мл касторового масла однократно; реже назначается сульфат магния 200-250 мл).

Накануне вечером и утром в день проведения эндоскопии проводятся по две очистительные клизмы, в среднем в количестве 1,5 – 2,5 литра каждая.

Конечным результатом должно быть появление чистых промывных вод.

Подготовка к фиброгастроскопии

Исследование обычно проводят утром, натощак. Накануне можно позволить съесть лёгкий ужин, желательно не позднее 19 часов. Если эндоскопическое исследование проводится днём или вечером, целесообразно, исходя из практического опыта врачей-эндоскопистов и, чтобы после последнего необильного приёма пищи прошло около 8 часов.

Перед утренним эндоскопическим исследованием необходимо почистить зубы, прополоскать полость рта водой (можно сделать 1 – 2 глотка воды).

Холтеровское мониторирование и мониторирование АД, ЭЭГ, РЭГ, РВГ, ФВД, ЭКГ

При проведении холтеровского мониторирования и мониторирования АД пациенту не рекомендуется находиться вблизи мощных линий электропередач, трансформаторных будок.

Нельзя принимать общие водные процедуры (ванна, душ), подвергаться длительным, тяжелым физическим нагрузкам, т.к. повышенное потоотделение может привести к отклеиванию электродов.

Во время обследования рекомендуется надевать хлопчатобумажное нижнее белье и стараться не носить одежду из электризующихся синтетических и шелковых тканей.

Не подвергать прибор ударам, воздействию вибраций, высоких и низких температур. Не эксплуатировать рядом с агрессивными средствами (кислотами).

Подготовка больного к УЗИ

1. УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа).

Подготовка к ультразвуковому исследованию органов брюшной полости.

Данное обследование является комплексным и включает в себя:

- . УЗИ печени и желчного пузыря
- . исследование поджелудочной железы
- . исследование селезенки.

Это исследование предпочтительно проводить в утренние часы и натощак. При этом крайне желательно, чтобы пациент перед исследованием не принимал не только пищи, но и таких напитков, как чай и кофе, так как они содержат кофеин, который даже в небольшом количестве вызывает

сокращение желчного пузыря, что не позволяет полноценно провести обследование (в малом количестве желчи трудно, а порой и невозможно, рассмотреть мелкие конкременты, а тем более - взвесь и сгустки желчи, полипы и т.п.).

Иногда дополнительным препятствием для обследования (особенно поджелудочной железы) является наличие в кишечнике скопления газа, поэтому пациентам, страдающим метеоризмом, за 2-3 дня до обследования рекомендуется принимать активированный уголь, эспумизан, а во время еды принимать такие ферменты, как мезим (или панкреатин), фестал (или холензим), пензистал и другие. Кроме того, рекомендуется исключить бобовые, молочные продукты, ржаной хлеб, растительные продукты с грубой клетчаткой (капуста, яблоки и другие).

При назначенном времени исследования в I половине дня необходимо накануне поужинать не позднее 18-20 часов. Утром до исследования не принимать пищу, жидкости, курить, пользоваться жевательной резинкой.

При назначенном времени исследования во II половине дня после завтрака рекомендуется воздержаться от приема пищи, жидкостей, курения и пользования жевательной резинкой не менее 4-6 часов.

-УЗИ по неотложным показаниям проводится без предварительной подготовки.

2. УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы (у мужчин), органов малого таза (у женщин)

За 1 час до назначенного времени исследования необходимо выпить 1 литр негазированной жидкости для наполнения мочевого пузыря.

3. УЗИ молочных желез

УЗИ молочных желез выполняется с 5-го по 10-й день от начала менструального цикла.

4. УЗИ органов шеи, почек и забрюшинного пространства, костно-суставной системы и мягких тканей - подготовки не требует.

Подготовка к обзорной урографии

За три дня до исследования исключить из рациона:

- . черный хлеб, молоко, горох, фасоль, капусту, свежие овощи, фрукты и сладкие блюда;
- . накануне исследования не позднее 18-00- легкий ужин, затем постановка 2-х очистительных клизм в 19-00 и 21-00;
- . в день исследования - еще одна очистительная клизма за 2 часа до исследования;
- . прийти натощак (не есть, не пить).

Подготовка к рентгенологическому исследованию поясничного отдела позвоночника

Подготовка к рентгенографии заключается в очищении кишечника от каловых масс и газов. Для этого за несколько дней до исследования больному назначается диета, не содержащая газообразующие продукты (капуста, шпинат, белый хлеб, молочные продукты и т.д.).

Рекомендуется в течение нескольких дней после еды пить ферментные препараты (например, мезим, фестал и т.д.). Кроме того, также рекомендуется пить активированный уголь. Накануне перед исследованием больной не должен есть. Проводится очистительная клизма.

Точность врачебного диагноза часто напрямую зависит от качества проведенных дополнительных исследований. Поэтому чрезвычайно важной является тщательно проведенная подготовка пациента к исследованию. Основная роль в подготовке пациента возложена на медсестру. Её главная задача - обеспечить пациента информацией о правилах подготовки к исследованию, а также предотвратить возможные ошибки и проблемы по ходу проведения исследования.

Психологическая подготовка пациента заключается в максимально полном информировании пациента о том, в чём заключается сущность исследования, о целях его проведения, о возможных ощущениях, к которым пациент должен быть готовым, о правилах подготовки к исследованию и поведения во время исследования. Медсестра должна быть готова ответить

на любой вопрос пациента о предстоящем исследовании. Подготовка должна проводиться согласно существующих стандартов.

Медсестра должна учитывать способности пациента к восприятию информации.

При резком снижении памяти, интеллекта имеет смысл контролировать проведение исследования, либо инструктировать близких пациента, давать информацию в письменном виде, напоминать пациенту о необходимых в данный момент действиях.

Знание нормальных показателей проводимых исследований необходимы для медсестры, чтобы осуществлять мониторинг динамики патологического процесса, либо для своевременной диагностики каких-либо отклонений от нормы.

2.3 Особенности сестринского процесса на терапевтическом участке амбулаторно-поликлинического учреждения

2.3.1 Общие принципы деятельности медсестры терапевтической

Амбулаторно-поликлиническая помощь - это самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения.

Амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повышать качество жизни.

Приоритетное направление деятельности поликлиники - диспансерная работа. Диспансеризация - это направление деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику.

Диспансерный метод, прежде всего, используется в работе с определенными группами здоровых людей, а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации осуществляется взятие этих контингентов на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

К важному направлению профилактической работы АПУ относится прививочная работа. Взрослому населению профилактические прививки проводятся по желанию и показаниям.

Большая часть АПУ работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые, в свою очередь, разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения.

За каждым участком закреплены участковый врач (терапевт) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей следует учитывать не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортная доступность и другие факторы.

Основная фигура городской поликлиники для взрослых - участковый терапевт, который обеспечивает в поликлинике и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке. Терапевтические участки формируются из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок. В своей работе участковый терапевт непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением.

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или главным врачом поликлиники, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема,

время для оказания помощи на дому, профилактической и другой работы. Распределение времени приема в поликлинике и помощи на дому осуществляется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

Основные задачи поликлиники:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- осуществление диспансеризации населения и, прежде всего, лиц с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических и других социально-значимых болезней;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.

Большую роль в оказании населению первичной медико-санитарной помощи играет медицинская сестра участковая. Основная ее задача - это выполнение лечебных и диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, а также проведение профилактических и санитарно-просветительных мероприятий среди населения участка. Для решения этой задачи медицинская сестра участковая имеет широкий круг обязанностей:

- формирует совместно с врачом-терапевтом участковым паспорт врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг;
- организует амбулаторный прием врача-терапевта участкового, подготавливает к работе приборы, инструменты, обеспечивает бланками рецептов, направлений;

- проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья;
- организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;
- оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре, на дому;
- в соответствии с назначением врача выполняет медицинские манипуляции и производит забор материала для бактериологических исследований;
- оформляет документы для направления больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- оформляет документацию по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- оформляет документы для направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;

- организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;

- заполняет под контролем врача «Талоны амбулаторного пациента» (ф. 025-6-7/у/89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-12/у-04), «Экстренные извещения», бланки направлений на лечебно-диагностические исследования, вносит в индивидуальную карту амбулаторного больного данные флюорографического и других исследований, помогает заполнять «Направление на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у-97), «Санаторно-курортные карты» (ф. 072/у), выписки из «Медицинских карт амбулаторного больного» и др.;

- проводит под контролем врача профилактические прививки и мероприятия по дегельминтизации населения;

- ведет «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» (ф. 039-1/у-06).

Медицинская сестра участковая обеспечивается медицинской сумкой, укомплектованной медицинским инструментарием, перевязочным материалом и соответствующим набором медикаментов.

2.3.2 Особенности работы медицинской сестры с пожилыми пациентами

Гериатрическая помощь населению – это система мероприятий по оказанию долговременных медико-социальных услуг с целью сохранения или восстановления способности к самообслуживанию, частично или полностью утраченной вследствие хронических заболеваний, облегчению реинтеграции пожилых больных в общество, а также обеспечению независимого существования.

Ожидаемые демографические изменения в популяции пожилых и старых людей свидетельствуют о том, что потребность в предоставлении помощи населению старших возрастных групп будет возрастать. Пожилые

люди в 5 раз чаще нуждаются в услугах долговременной помощи, чем пациенты других возрастных групп.

Выделяют различные виды помощи пожилым:

- обеспечение преемственности различных служб (стационарных, амбулаторных, помощи на дому);
- развитие профилактических и поддерживающих услуг;
- развитие интегративных услуг на местном уровне;
- привлечение государственных и частных инвестиций для обеспечения услуг пожилым;
- стремление к созданию экономически эффективных систем услуг, включая профилактику заболеваний, компенсацию нарушенных функций, поддержку независимой жизни дома.

Проанализировав литературные источники, которые рассматривают проблемы геронтологической долговременной помощи можно сделать заключение, что существуют три основных типа предоставляемых услуг: медицинские, социальные и медико-социальные.

Долговременная помощь одна из форм предоставления услуг для гериатрического хронического больного, которая направлена на достижение максимально возможного уровня его физического, психического и социального благополучия. Такие услуги предоставляются как на дому, так и в специализированном учреждении.

Одна из целей долговременной помощи – усилить способность пациента к самоуходу. Включая в себя медицинские и социальные службы, этот вид помощи предоставляет также услуги реабилитации и поддержки в течение длительного времени, насколько это, возможно, фокусирует свое внимание на личности больного с функциональными нарушениями, нуждающегося в усилении поддерживающих систем для удовлетворения нарушенных потребностей.

Основным звеном системы здравоохранения, на уровне которого в значительной мере реализуются потребности пожилых людей в помощи на дому, является территориальный поликлинический участок.

В условиях сложившейся демографической обстановки, именно эта служба находится одной из первых в оказании помощи и ухода населению старших возрастных групп, и доминирующая роль в этой помощи отводится именно гериатрической медицинской сестре.

Основными направлениями деятельности медицинской сестры являются:

- активно выявление и взятие на учет лиц пенсионного возраста проживающих на территории терапевтического участка;

- профилактика заболеваний, осложнений и обострений хронической патологии по индивидуальным программам, разработанным врачом геронтологом и другими специалистами поликлиники (профилактические и лечебные меры должны быть направлены не только на лечение заболевания, но и на поддержание физического и психического здоровья пожилого человека, его подвижности, способности к самообслуживанию, сохранению социальной активности);

- оказание сестринской помощи на дому;

- организация ежегодных осмотров лиц пенсионного возраста участковым врачом;

- разработка совместно с социальным работником программы оказания социально-бытовой помощи одиноким не трудоспособным гражданам на дому;

- обучение пожилых пациентов со сниженной способностью к самообслуживанию элементам самопомощи;

- обучение родственников пожилых пациентов навыкам ухода за ними и пользованию приспособлениями, облегчающими самообслуживание и передвижение;

- пропаганда основ активного здорового образа жизни в старости;

- налаживание контакта с учреждениями и общественными организациями, оказывающими помощь и поддержку нетрудоспособным лицам старшего возраста, в первую очередь – с органами социальной защиты, советами самоуправления, организациями ветеранов, волонтерскими центрами и др.

Для того чтобы помощь пациентам старших возрастных групп была эффективной, целесообразно объединить все старшее население участка в группы учета в зависимости от состояния здоровья, степени сохранности физической активности, степени зависимости от посторонней помощи, потребности в различных видах медицинской и социально-бытовой помощи. В результате исследований было выделено 5 групп:

- первая группа – работающие пенсионеры, проходящие ежегодный осмотр и получающие рекомендации относительно сохранения и улучшения качества своего здоровья;

- вторая группа – лица пенсионного возраста до 80 лет, потенциально активные, оценивающие свое здоровье как хорошее или удовлетворительное. Они проходят ежегодный медицинский осмотр, на них заполняется карта учета. Медицинская сестра встречается с ними в поликлинике или на дому не реже 1 раза в год. Им оказывается как консультативная помощь так и медицинская, даются рекомендации по активному долголетию. Предлагаются программы по лечению и реабилитации в различных учреждениях здравоохранения;

- третья группа - лица пенсионного возраста до 80 лет, страдающие хроническими заболеваниями в компенсированной форме, сохранившие полностью двигательную активность и способность к самообслуживанию. Они нуждаются в курсах медицинской, физической и психологической реабилитации в ЛПУ 1- 2 раза в год. Им рекомендуется переселиться в дом для пенсионеров с комплексом социально-бытовых услуг. На них также заполняется карта учета. Медицинская сестра посещает их на дому не реже 1 раза в год или по назначению врача;

- четвертая группа - лица пенсионного возраста до 80 лет, страдающие суб- или декомпенсированными формами хронических заболеваний с ограниченными способностями к самообслуживанию, нуждающиеся постоянно или временно в посторонней помощи со стороны родственников или социальных работников. Они оценивают свое здоровье как плохое и нуждаются в помощи на дому, в стационарном лечении. На них заполняется карта учета. Патронаж медицинской сестрой осуществляется не реже 1 раза в 3 месяца или по назначению врача;

- пятая группа – лица 80 лет и старше. Одиноким людям с ограниченной или утраченной способностью к самообслуживанию. По уходу за такими пациентами привлекаются социальные работники, волонтеры, в том числе и из числа пенсионеров и др. Может решаться вопрос о переселении таких пациентов в дома интернаты. Они находятся под постоянным контролем врача и гериатрической медсестры. Патронаж медицинской сестрой осуществляется не реже 1 раза в месяц или по назначению врача.

Осуществляя систематическое наблюдение за состоянием здоровья своих подопечных, гериатрическая медсестра может в полной мере прогнозировать его изменения и вовремя оказать необходимую медицинскую помощь и помощь в уходе.

Осуществляя патронаж, гериатрическая медсестра помимо своих непосредственных обязанностей при необходимости обучает пациента приемам поддержания двигательной активности, пользованием костылями, креслом-каталкой, ходунками, учит родственников или соседей уходу за больным. Также она информирует родственников пациента об особенностях изменения психики в старческом возрасте и помогает наладить психологический климат и доброжелательные отношения в семье пожилого человека. В связи с этим медицинская сестра должна обладать не только великолепными профессиональными знаниями и умениями, но еще и обладать способностью к сопереживанию, быть тактичной в любой нестандартной ситуации, обладать устойчивостью к стрессам.

2.3.3 Особенности сестринского ухода за гериатрическими пациентами

Большое значение для улучшения качества жизни пожилого человека имеет уход за ним.

Общий уход за пожилым больным всегда требовал от персонала высокого профессионализма, повышенного внимания и времени. Основным в уходе за пожилым пациентом являются уважение к его личности, понимание и принятие его физических и психических недостатков. Чтобы уход был качественным, необходимо знать возрастные особенности изменения в поведении пожилого человека. Не редко возрастные психологические изменения у пациентов пожилого и особенно старческого возраста носят патологический, извращенный характер. Пожилые люди становятся более чувствительными, ранимыми, на возникающие трудности или перемены в жизни реагируют страхом, депрессией, нередко неадекватной реакцией.

Пожилые пациенты также тяжело переносят изменения в сторону уменьшения своих физических и психических функций. В результате пожилые люди более склонны к появлению ипохондрии, различных фобий.

Самарский хирург профессор Г.Л. Ратнер, рассуждая о психологии пожилого пациента, выделил пять психологических типов пожилых пациентов:

- первый тип: пациенты, утратившие жизненные ориентиры и доживающие свои дни как придется;
- второй тип: люди имеющие пристанище, но не пользующиеся уважением окружающих;
- третий тип: это пожилые пациенты сохранившие достоинство и независимость. Среди них встречаются диктаторы, которые держат в узде всю семью;
- четвертый тип: это так называемые баловни судьбы. Одни из них воспринимают все как должное и начинают третировать всех членов семьи,

другие – благодарно принимают такое отношение, стараются быть полезными;

- пятый тип: это люди, которые никак не хотят стареть и признавать себя стариками.

При уходе за гериатрическими пациентами необходимо помнить о снижении памяти, поэтому нужно деликатно и тактично напоминать пожилому человеку о времени приема лекарств, прохождения процедур. Хороший уход очень важен, так как он может значительно улучшить состояние больного. Пациентам пожилого возраста для сохранения психического здоровья необходимо общение, нужно получать информацию, обмениваться ею, так же, как для сохранения физического здоровья необходима зарядка.

Часто у пожилых пациентов бывает нарушение сна - бессонница. Причиной этого состояния могут быть возрастные изменения, сон в дневное время, плохо проветриваемое помещение, шум, беспокойство. Бессонница плохо влияет на настроение и состояние пациента, он становится раздражительным, сонливым, нарушается внимание, что может привести к травмам. Для профилактики бессонницы надо проветривать помещение, обеспечить пациенту спокойную обстановку. Нередко применяют легкие снотворные и успокоительные средства.

У больных пожилого возраста вследствие возрастных изменений мочевыделительной системы могут наблюдаться частое мочеиспускание, недержание мочи. Из-за частого ночного мочеиспускания при аденоме, сердечнососудистых заболеваниях у больного может нарушаться сон, поэтому таким больным можно рядом с кроватью поставить судно или рекомендовать надевать на ночь памперсы для взрослых. В этих случаях необходимо особенно тщательно соблюдать правила личной гигиены, так как при ее несоблюдении возможны инфекционные заболевания мочеполовой сферы.

В пожилом и старческом возрасте у больных развивается хроническая ишемия головного мозга, которая связана с наличием атеросклероза сосудов головного мозга. У таких больных могут быть головокружения, нарушения ориентации в пространстве, в результате учащаются возможности падения и травм. С возрастом также появляется остеопороз, который приводит к легко возникающим переломам. Поэтому таким больным следует при ходьбе пользоваться тростью (или сопровождать их).

Часты случаи травматизма в ваннных комнатах (в скользкой ванне или на мокром полу). Для того чтобы избежать этого, необходимы коврики на полу, дополнительные ручки для опоры пожилых людей.

Пожилые люди получают во время падения тяжелые травмы и переломы, которые могут серьезно перевернуть всю жизнь, привести к инвалидности, обездвиженности, зависимости от окружающих.

Вот печальная статистика:

- 60% пожилых людей старше 65 лет попадают в больницу в результате падения;
- 15–20% из них имеют переломы;
- 5–20% умирают от осложнений;
- 40% после выписки теряют самостоятельность и становятся зависимыми от окружающих.

Все причины падений в пожилом возрасте можно разделить на две группы:

- внешние причины, связанные с неправильной организацией безопасного движения:
 - неудобная обувь,
 - плохие очки,
 - отсутствие вспомогательных средств передвижения (трости, ходунков);
 - низкая безопасность жилища,
 - поверхность, плохая освещенность и др.

Внутренние причины:

- нарушение сердечного ритма,
- эпилепсия,
- паркинсонизм,
- анемия,
- преходящие нарушения мозгового кровообращения и др.

Профилактика падений должна проводиться по трем основным направлениям:

- организация безопасного быта и жилища;
- занятия гимнастикой для увеличения силы ножных мышц;
- применение лекарственных препаратов для уменьшения выраженности головокружения и лечения остеопороза.

Лечение последствий падений обходится дорого и больному, и его семье. Человеку приходится переживать психическую травму: заново обретать уверенность в своих физических силах, преодолевать страх повторных падений. Следствиями перелома зачастую бывают потеря независимости, необходимость нанимать сиделку, просить о помощи родных, друзей. Ограничение способности двигаться заставляет выздоравливающего подолгу лежать, что неблагоприятно сказывается на его самочувствии: возникают запоры, пролежни, из-за возрастных нарушений терморегуляции - переохлаждения и пневмония.

В пожилом возрасте также нередки термические поражения ожоги и отморожения. Получение ожогов возможно при ошибочном открытии крана только с горячей водой, поэтому необходимо отрегулировать температуру воды, а затем принимать душ. К тому же лучше принимать душ в присутствии кого-нибудь из помощников, температура воды должна быть 36-37 °С. Не следует направлять струю горячей воды на голову и область сердца во избежание острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда.

Возрастные изменения кожи в пожилом и старческом возрасте приводят к ее истончению, потовые и сальные железы также подвергаются инволютивным изменениям. Это вызывает изменение реакции кожи на температурные, химические, механические раздражители. Поэтому частые водные процедуры приводят к повышенной сухости кожи, зуду, выпадению волос. Таким больным достаточно одного купания в неделю с использованием мыла с высоким содержанием жиров.

Часто у больных пожилого и старческого возраста наблюдается недержание кала. Причинами этого состояния могут быть выпадение прямой кишки, прием слабительных средств. Это заболевание проявляется постоянным отхождением полусформированных каловых масс. В результате этого у больного имеется постоянное раздражение, а в запущенных случаях - и воспаление анальной области. Таким больным рекомендуется использовать калоприемник, соблюдение гигиены для таких больных имеет особенное значение.

Ухудшение состояния здоровья пациентов старших возрастных групп сопровождается изменением характера и объема оказываемых им медицинских услуг. С увеличением численности таких пациентов всё чаще к ним применяются внебольничные формы медицинской помощи. У лиц пожилого, а особенно старческого возраста наблюдается полиморбидность патологии. Поэтому они нуждаются в оказании медицинской помощи и сестринском уходе на дому.

Сделаем выводы:

- эффективная геронтологическая помощь возможна в поликлинических условиях в рамках сестринского процесса;
- только совместными усилиями всех окружающих у стареющего человека можно поддержать уверенность в себе, своих силах, в том, что они могут вести активный образ жизни;

- сохранение физического и психологического здоровья, социального благополучия пожилого и престарелого человека позволит «добавить больше жизни к годам, а не больше лет к жизни».

Поэтому в комплексе с хорошим адекватным лечением должен быть такой же хороший уход, включающий в себя проведение физических упражнений, соблюдение режима питания, сна и бодрствования, проведение различных лечебных процедур, помощь при отправлениях, профилактику пролежней, запоров, гиподинамии и т.д. Только хороший уход способен облегчить и помочь в улучшении состояния больного.

Дополнительная литература

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: учебник. - 2-е изд., исправл. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 368 с.
2. Мушкамбаров Н.Н. Геронтология «in polemico». - М.: МИА, 2011. - 472 с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - 2012. - 288 с.
4. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие / Н.В. Широкова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 160 с.
5. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 320 с.
6. Погодин А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. - 253 с.