

Министерство образования Омской области
БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
(БПОУ ОО «МК»)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО КОМПЕТЕНЦИИ:
«МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ УХОД»

Модули: А, С, Е, F, H, I

Общеинтеллектуальное направление

Возраст участников 14-16 лет

Объем 36 часов

Разработчики: Пензева А.Р. – заведующая отделением
Зайцева Т.Ю. преподаватель
Шалабанова О.В. преподаватель
Рефшнейдер С.И. преподаватель

Омск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

№ п/п	Наименование раздела	стр.
1.	Глоссарий	2
2.	Пояснительная записка	4
3.	Планируемые результаты освоения курса внеурочной деятельности	6
4.	Содержание программы курса внеурочной деятельности	9
5.	Тематическое планирование	10
6.	Учебно-методическое и информационное обеспечение	18
7.	Список литературы	18
8.	Материально-техническое обеспечение	20
9.	Раздел 1. Стандарт Ворлдскиллс и спецификация стандартов Ворлдскиллс по компетенции «Медицинский и социальный уход»	34
10.	Раздел 2. Техническое описание компетенции «Медицинский и социальный уход»	41
11.	Раздел 3. Виды ухода за пациентами при различных состояниях и заболеваниях.	50
12.	Требование к оформлению постера	184
13.	Требования охраны труда	185

ГЛОССАРИЙ

WorldSkills – это международное некоммерческое Движение, целью которого является повышение престижа рабочих профессий и развитие профессионального образования путем гармонизации лучших практик профессиональных стандартов во всем мире посредством организации и проведения конкурсов по профессиональному мастерству, как в каждой из стран- участников Движения WSI, так в мире в целом.

Инфраструктурный лист - документ, в котором отражена вся информация по оборудованию, инструментам, расходным материалам и элементам конкурсного задания по определенной компетенции (профессии), а также необходимым для функционирования конкурсных мест коммуникациям.

Компетенция WSR - профессия, по которой проводятся соревнования WSR для выявления и оценки способностей Участника успешно действовать на основе умений, знаний и практического опыта при выполнении конкурсного задания и решении задачи профессиональной деятельности.

Конкурсное задание - Описание квалификационного экзамена для определения квалификации участников соревнований по стандартам WSI.

Рабочие профессии - в терминологии WSI рабочие компетенции. Виды профессиональной деятельности, требующие получения работником специальной квалификации, предполагающие непосредственное осуществление им трудовых (производительных) операций.

ПОО - профессиональная образовательная программа.

Регламент – это документ, который перечисляет и описывает по порядку этапы (шаги), которые должна предпринимать группа участников для выполнения процесса, как правило, с указанием требуемых сроков выполнения этапов (шагов)

Медицинский уход - это комплекс лечебных, профилактических, гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на облегчение состояния пациента, скорейшее его выздоровление.

Социальный уход – это комплексная система, направленная на формирование адаптации к ситуации, связанной со здоровьем пациентов, их семей, групп населения и общества, с целью обеспечения максимально высокого качества жизни и поддержания психосоциального здоровья населения.

Тулбокс – это список инструмента и расходных материалов, который должен (или имеет право) привезти с собой участник

1. Пояснительная записка

Рабочая программа курса внеурочной деятельности – «Медицинский и социальный уход», составлена в соответствии с требованиями Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 года № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования», в редакции от 29.12.2014 года (приказ МО РФ №1644), от 31.12.2015 года (приказа МО РФ №1577), приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30 августа 2013 года № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», решения федерального учебно-методического объединения по общему образованию (протокол от 8 апреля 2015 г. № 1, с Распоряжением № 534 об утверждении Концептуальной модели организации профориентационной работы со школьниками в системе образования Омской области от 05.03.2018 года. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больными (утв. Приказом Министерства образования и науки РФ от 2 августа 2013 г № 694, с изменениями и дополнениями от 9 апреля 2015 г., 13 июля 2012 г.)

Направления деятельности:

1. Программа предназначена для подготовки обучающихся к участию в региональном чемпионате WSR по компетенции «Медицинский и социальный уход».

2. Программа предназначена для профессиональной ориентации, привлечения школьников к внеурочной деятельности, привлечения мотивированных абитуриентов для обучения по специальности «Основы сестринского дела».

Цель: профессиональное ориентирование школьника к осознанному профессиональному выбору медицинской профессии, соответствующей индивидуальным особенностям личности.

Задачи:

1. Сформировать систему знаний и умений по уходу за пациентами в домашних условиях, в условиях дневного стационара и дома престарелых.
2. Развить коммуникационные и межличностные навыки.
3. Выявить интересы, склонности, способности и возможности школьников к медицинской деятельности.
4. Мотивировать школьников, имеющих склонности к медицинской деятельности к участию в чемпионате JuniorSkills.

Основной ценностью современного образования является человек со всей совокупностью его особенностей как целостная развивающаяся система. В качестве центрального понятия ценности, цели и результата образования выступает понятие компетентности. Основной задачей российского образования на современном этапе обозначено не просто формирование системы предметных знаний и умений, а развитие личности школьника, что ориентирует школу на поиск путей и способов развития адаптационных способностей личности и обеспечение ее социально-личностной компетентности.

Актуальность данной программы заключается в том, что она способствует раскрытию способностей и индивидуальных особенностей школьников, имеющих склонности, желание заниматься медицинской деятельностью, развитию у них интереса к медицинской профессии и готовности к выбору профиля обучения.

Практико-ориентированный характер программы стимулирует личностный рост школьника: профессионализм, поиск призвания и ориентирует на участие в чемпионате JuniorSkills.

Соревнования являются мотивирующим механизмом, уникальным образовательным инструментом, а также открытой системой оценки качества профессиональной подготовки школьников.

Особенности реализации программы

Формы организации внеурочной деятельности:

- ✓ лекция;
- ✓ практическая работа.

Место проведения: учебные кабинеты медицинского колледжа.

Виды деятельности:

- ✓ познавательная;
- ✓ игровая;
- ✓ трудовая;
- ✓ проблемно-ценностное общение.

Общая трудоемкость курса – 36 часов.

2. Планируемые результаты освоения курса внеурочной деятельности

В ходе реализации курса внеурочной деятельности по компетенции «Медицинский и социальный уход» обучающиеся овладеют универсальными учебными действиями: познавательными, личностными, регулятивными, коммуникативными.

Познавательные универсальные учебные действия:

1. Овладеть знаниями и навыками медицинского и социального ухода за пациентом в домашних условиях, в условиях центра сестринского ухода и дома престарелых.
2. Понимать закономерности и принципы организации рационального (оптимального) питания здорового и больного человека.

3. Знать технологию выполнения простых медицинских услуг и манипуляций сестринского ухода.
4. Знать требования техники безопасности при работе с медицинскими приборами.
5. Осуществлять рефлекссию способов и условий действия при медицинском и социальном уходе за пациентами.
6. Оценивать результаты своей деятельности.
7. Уметь применять полученные теоретические знания на практике при уходе за пациентами.
8. Принимать обоснованные решения и разрабатывать план ухода за пациентами.
9. Преобразовывать и интерпретировать полученную информацию.

Личностные универсальные учебные действия:

1. Формировать ответственное отношение к обучению, готовности и способности обучающихся к саморазвитию и самообразованию на основе мотивации к обучению и познанию, осознанному выбору и построению дальнейшей индивидуальной траектории образования.
2. Проявлять самостоятельность в приобретении новых знаний и практических умений.
3. Использовать на практике основы медицинского и социального ухода.
4. Создавать условия для пациента, соблюдать требования техники безопасности при работе с медицинскими приборами.
5. Проявлять уважительное и доброжелательное отношение к пациентам.
6. Сформировать познавательный интерес, направленный на получение медицинских знаний.

Регулятивные универсальные учебные действия

1. Уметь планировать свое речевое и неречевое поведение в соответствии с ситуацией.
2. Освоить технологию выполнения простых медицинских услуг и манипуляций сестринского ухода.
3. Уметь оценивать результаты своей деятельности при уходе за пациентами.
4. Уметь применять индуктивные и дедуктивные способы рассуждения.
5. Быть способным сознательно организовать свою деятельность и корректировать ее.
6. Соблюдать меры личной безопасности при осуществлении ухода за пациентами.

Коммуникативные универсальные учебные действия:

1. Планировать свою деятельность и определять способы взаимодействия с коллективом.
2. Развить навыки взаимодействия с окружающими.
3. Уметь слушать и слышать другое мнение.
4. Уметь контролировать, корректировать и оценивать свои действия и действия партнеров по взаимодействию.
5. Уметь информировать о результатах своих наблюдений.

6. Уметь с достаточной полнотой и точностью выражать свои мысли в соответствии с задачами и условиями коммуникации.
7. Быть способным строить продуктивное взаимодействие и сотрудничество с окружающими.
8. Развивать коммуникативные качества при общении с пациентами.

Предметные результаты освоения программы внеурочной деятельности:

должен знать и понимать:

- нормы техники безопасности при работе с изделиями медицинского назначения;
- безопасное, правильное использование медицинского оборудования и изделий медицинского назначения
- основные термины, применяемые в медицинской деятельности;
- комплексные потребности пациента и его возможности
- стандартные нормальные значения параметров здоровья (например, нормальное кровяное давление, пульс, ЧДД)
- способы повышения мобильности и принципы безопасного применения вспомогательных приспособлений для передвижения.

должен уметь:

- соблюдать стандарты, правила и нормативные положения по технике безопасности, охране здоровья и гигиене.
- принимать необходимые гигиенические меры для предупреждения развития инфекций.
- использовать соответствующие средства индивидуальной защиты, включая безопасную обувь.
- применять безопасные и эргономичные методы работы.
- утилизировать отходы экологически безопасным способом по классам отходов.
- планировать осуществление ухода с ориентацией на пациента.
- осуществлять контроль различных параметров состояния пациента (кровяное давление, температура, глюкоза в крови, боль, масса тела), предоставлять информацию по ним.
- выявлять основную причину возникновения проблемы путем тщательного и структурированного обсуждения/опроса/наблюдения.
- правильно документировать данные о пациенте в медицинских формах (температурный лист, лист динамического наблюдения, лист врачебных назначений)
- разрабатывать план действий с учетом имеющихся ресурсов.
- документировать результаты планирования и оценивания.

3. Содержание программы курса внеурочной деятельности

Программа «Основы медицинского и социального ухода за пациентом» рассчитана на 36 часов и предполагает 13 часов теоретических занятий и 23 часов практических занятий. Программа предполагает интеграцию познавательной и практической деятельности обучающихся.

Тема 1. Стандарт WorldSkills (3час). История чемпионата, Регламент чемпионата, Кодекс этики, положение об апелляционной комиссии. Система оценок JuniorSkills, критериев оценки. Международные требования техники безопасности при проведении соревнований. Навыки эффективного взаимодействия участников с экспертами и навыки стрессоустойчивости при выполнении задания. Овладение этикой межнационального общения и навыками общения со СМИ.

Тема 2. Техническое описание компетенции (1 час). Название и описание профессиональной компетенции «Медицинский и социальный уход». Типы медицинских организаций осуществляющих уход за пациентом.

Тема 3. Уход за пациентами при различных состояниях и заболеваниях (27 часов). Определение нарушенных потребностей и проблем пациента: настоящих и потенциальных при различных заболеваниях. Оценка функционального состояния пациента: термометрия, исследование пульса, подсчет числа дыхательных движений. Измерение уровня глюкозы в крови, змерение артериального давления на плечевой артерии. Решение ситуационных задач. Составление плана ухода за пациентами в условиях стационара, на дому, в условиях дневного стационара, и дома престарелых при различных заболеваниях. Решение ситуационных задач. Уход за кожными покровами, слизистыми, конъюнктивальными полостями и наружными половыми органами. Перемещение тяжелобольного пациента. Смена постельного и нательного белья. Оказание помощи пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях при разных режимах двигательной активности. Понятие и основные принципы лечебного питания. Проведение кормления лежачего больного из ложки. Профилактика и уход за пролежнями. Правила оформления медицинских документов. Решение ситуационных задач

Тема 4. Оформление наглядных материалов для пациентов (постер, памятка и т.д.) (3 часа). Виды наглядных материалов и требования к их оформлению.

Тема 5. Требования охраны труда (1час). Общие требования, требования охраны труда перед началом работы, требования охраны труда во время работы, требования охраны труда в аварийных ситуациях, требования охраны труда после окончания работы.

3. Тематическое планирование

№ п/п	Наименование темы	Количество часов			Основные виды деятельности учащихся (УУД – познавательные, коммуникативные, регулятивные)	Формы (контроля)
		Всего	Теория	Практика		
1	Стандарт WorldSkills JuniorSkills	4	2	2	Преобразовывать и интерпретировать полученную информацию (п), формировать ответственное отношение к обучению, готовности и способности обучающихся к саморазвитию и самообразованию на основе мотивации к обучению и познанию, осознанному выбору и построению дальнейшей индивидуальной траектории образования (л), сформировать познавательный интерес, направленный на получение медицинских знаний (л), уметь слушать и слышать другое мнение (к).	Тестирование Собеседование

2	Техническое описание компетенций	1	1	-	Преобразовывать и интерпретировать полученную информацию (п), формировать ответственное отношение к обучению, готовности и способности обучающихся к саморазвитию и самообразованию на основе мотивации к обучению и познанию, осознанному выбору и построению дальнейшей индивидуальной траектории образования (л), сформировать познавательный интерес, направленный на получение медицинских знаний (л), уметь слушать и слышать другое мнение (к).	Собеседование
3	Уход за пациентами при различных состояниях и заболеваниях. Знакомство с медицинскими документами	27	8	20	Преобразовывать и интерпретировать полученную информацию (п), уметь применять полученные теоретические знания на практике при уходе за пациентами (п), сформировать познавательный интерес, направленный на получение медицинских знаний (л), уметь с достаточной полнотой и точностью выражать свои мысли в	Разработка постера, собеседование, тестирование.
						Проверка решения ситуационных задач
						выполнений манипуляций по алгоритму, Проверка заполнения документов в соответствии с требованиями к оформлению

				<p>соответствии с задачами и условиями коммуникации (к), быть способным сознательно организовать свою деятельность и корректировать ее (р). Владеть знаниями и навыками медицинского и социального ухода за пациентом в условиях стационара, на дому, в условиях дневного стационара "Дом престарелых/Центр сестринского ухода" (п), понимать закономерности и принципы организации рационального (оптимального) питания здорового и больного человека (п), знать технологию выполнения простых медицинских услуг и манипуляций сестринского ухода (п), оценивать результаты своей деятельности (п), уметь применять полученные теоретические знания на практике при уходе за пациентами (п), проявлять самостоятельность в приобретении новых знаний и практических умений (л), уметь</p>	заполнение патронажного листа.
--	--	--	--	--	--------------------------------

				<p>применять индуктивные и дедуктивные способы рассуждения (р), уметь информировать о результатах своих наблюдений (к).</p> <p>Овладеть знаниями и навыками медицинского и социального ухода за пациентом условиях стационара, на дому, в условиях дневного стационара, Дом престарелых/Центр сестринского ухода (п), понимать закономерности и принципы организации рационального (оптимального) питания здорового и больного человека (п), знать технологию выполнения простых медицинских услуг и манипуляций сестринского ухода (п), знать требования техники безопасности при работе с медицинскими приборами (п), использовать на практике основы медицинского и социального ухода (л), создавать условия для пациента, соблюдать требования техники безопасности при работе с</p>	
--	--	--	--	--	--

					<p>медицинскими приборами (л), проявлять уважительное и доброжелательное отношение к пациентам (л), освоить технологию выполнения простых медицинских услуг и манипуляций сестринского ухода (р), уметь оценивать результаты своей деятельности при уходе за пациентами (р), соблюдать меры личной безопасности при осуществлении ухода за пациентами (р), быть способным строить продуктивное взаимодействие и сотрудничество с окружающими (к), развивать коммуникативные качества при общении с пациентами (к) Преобразовывать и интерпретировать полученную информацию (п), проявлять самостоятельность в приобретении новых знаний и практических умений, (л), быть способным сознательно организовать свою деятельность и корректировать ее (р)</p>	
4	Оформление наглядных	3	-	1	Преобразовывать и интерпретировать	Проверка выполнений

	материалов для пациентов				полученную информацию (п), проявлять самостоятельность в приобретении новых знаний и практических умений (л), быть способным сознательно организовать свою деятельность и корректировать ее (р)	оформления наглядных материалов в соответствии с требованиями к оформлению
5	Требования охраны труда	1	1	-	Преобразовывать и интерпретировать полученную информацию (п), формировать ответственное отношение к обучению, готовности и способности обучающихся к саморазвитию и самообразованию на основе мотивации к обучению и познанию, осознанному выбору и построению дальнейшей индивидуальной траектории образования (л),	Тестирование
	ИТОГО	36	13	23		

Форма итоговой аттестации: зачет

4. Тематическое планирование

Тематическое планирование отражает содержание программы и дает представление о последовательности изучения курса с приведением расчетной сетки часов и форм организации занятий (теоретические, практические, итоговые работы и др.).

Тематическое планирование соответствует заявленным срокам на весь период обучения, оформлено в таблице.

Таблица 1. Тематическое планирование курса

№ п/ п	Наименование разделов, тем	Количество часов			Форма контроля
		всего	теория	практика	
1.	Раздел 1. Стандарт Ворлдскиллс и спецификация стандартов Ворлдскиллс по компетенции «Медицинский и социальный уход»	4	2	2	Тестирование, собеседование
	Тема 1.1. История, современное состояние и перспективы движения Worldskills.	1	1	-	Тестирование
	Тема 1.2 Кодекс этики.	1	-	1	Собеседование
	Тема 1.3. Типовой регламент чемпионата.	1	-	1	Собеседование
2.	Раздел 2. Техническое описание компетенции «Медицинский и социальный уход»	1	1	-	Собеседование
	Тема 2.1. Название и описание профессиональной компетенции. Типы медицинских организаций, осуществляющих уход за пациентом.	1	1	-	Собеседование
3.	Раздел 3. Уход за пациентами при различных состояниях и заболеваниях.	30	9	21	Разработка постера, собеседование, тестирование, оценка выполнения манипуляции по алгоритму, заполнение патронажного листа

	Тема 3.1. Уход за пациентом в послеоперационном периоде в условиях стационара.	3	1	2	Собеседование
	Тема 3.2. Краткое описание ХОБЛ, потребности пациента и уход за ним в условиях стационара.	4	1	3	Тестирование
	Тема 3.3. Краткое описание вирусной пневмонии, потребности пациента. Патронаж пациента на дому после перенесенной вирусной пневмонии.	4	1	3	Заполнение патронажного листа
	Тема 3.4. Краткое описание болезни Паркинсона, потребности пациента. Патронаж пациента на дому с болезнью Паркинсона.	4	1	3	Заполнение патронажного листа
	Тема 3.5. Уростомы и правила ухода за ней. Консультирование пациента с уростомой в условиях дневного стационара.	3	1	2	Оценка выполнения манипуляции по алгоритму
	Тема 3.6. Краткое описание заболевания рассеянный склероз, потребности пациента. Консультирование пациента с рассеянным склерозом в условиях дневного стационара.	3	1	2	Собеседование
	Тема 3.7. Краткое описание заболевания эпилепсия, потребности пациента. Сестринская помощь пациенту с эпилепсией в условиях дома престарелых	3	1	2	Собеседование
	Тема 3.8. Краткое описание заболевания сахарный диабет, потребности пациента. Сестринская помощь пациенту с сахарным диабетом в условиях дома престарелых.	3	1	2	Собеседование
	Тема 3.9. Требования к оформлению постера.	3	1	2	Разработка постера
4.	Раздел 4. Требования охраны труда	1	1	-	тестирование

	Тема 4.1. Требования охраны труда	1	1	-	тестирование
Итого		36	13	23	

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Календарно-тематический план
2. Конспекты лекций
3. Методические разработки практических занятий
4. Мультимедийные презентации

6. Список литературы

Для педагога:

1. Пирлик, Г. П. Возрастная психология: развитие ребенка в деятельности: Учебное пособие / Г. П. Пирлик, А. М. Федосеева. – Москва: Московский педагогический государственный университет, 2020. – 372 с.
2. Основные направления WorldskillsRussia/ Официальный сайт WorldSkillsRussian [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://worldskills.ru/>.
3. Описание компетенций [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1oP4FBSfHj6e14EzeRCApD9ahehx_Tr5w
Конкурсная документация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://worldskills.ru/nashi-proektyi/chempionatyi/konkursnaya-dokumentacziya.html>
4. Регламентирующая документация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://worldskills.ru/o-nas/dokumentyi/reglamentiruyushhie.html>
Кодекс этики <https://worldskills.ru/o-nas/dokumentyi/obshhie.html>
5. Островская И.В. Основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / И.В.Островская, Н.В.Широкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://medcollegelib.ru/book/.html>.
6. Морозова Г.И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Г.И.Морозова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <http://medcollegelib.ru/book/.html>.
7. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. В. Широкова и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://medcollegelib.ru/book/.html>.

Для обучающихся:

1. Островская И.В. Основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / И.В.Островская, Н.В.Широкова. -

Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа:
<http://medcollegelib.ru/book/.html>.

Дополнительные источники:

1. Аббясов И. Х. Основы сестринского дела [Текст]: учеб. для сред. проф. учеб. заведений / И. Х. Аббясов, С.И. Двойников и др.; под ред. С.И. Двойникова. – Москва: Академия, 2007. – 336с.

Интернет-ресурсы:

1. Большой медицинский портал [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.megamedportal.ru/>. – (дата обращения: 25.05.2021)
2. Медицинский портал [Электронный ресурс]. – URL: <http://medwedi.ru/>. – (дата обращения: 25.05.2021)
3. Медицинский сайт [Электронный ресурс]. – URL: <http://medicalplanet.ru/>. – (дата обращения: 25.05.2021)
4. Портал профессиональной медицины [Электронный ресурс]. – URL: <http://medobook.com/>. – (дата обращения: 25.05.2021).

7. Материально-техническое обеспечение

Зона 1 "Дом престарелых/Центр сестринского ухода"					
ОБОРУДОВАНИЕ И ИНСТРУМЕНТЫ (НА 1 УЧАСТНИКА)					
ОБОРУДОВАНИЕ И ИНСТРУМЕНТЫ (НА 5 УЧАСТНИКОВ)					
№	Наименование позиции	Тех. описание позиции	Ед. измерения	Кол-во	Ко-л-во
1	Аппарат для измерения АД	Механический, с невстроенным фонендоскопом	шт	-	1
2	Аппарат для измерения АД	Автоматический	шт	-	1
3	Диспенсер для бумажных полотенец	Z-укладка	шт	-	1
4	Дозатор с мылом и антисептиком	Локтевой	шт	-	2
5	Дыхательный тренажер	Трехступенчатый	шт	-	1
6	Контейнер для дезинфекции	Объем 1л.	шт	-	1
7	Контейнер для дезинфекции	Объем 3л.	шт	-	1
8	Контейнер для дезинфекции	Объем 5 л	шт	-	1
9	Контейнер для сбора медицинских отходов	А класса	шт	-	1
10	Контейнер для сбора медицинских отходов	Б класса	шт	-	1
11	Кружка-поильник	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
12	Лоток почкообразный	200*120*30 (нерж.)	шт	-	2
13	Лоток прямоугольный	300*220*30 (нерж.)	шт	-	1
14	Мензурка	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
15	Мобильный инструментальный столик	Двухполочный ,габариты 630*470*960, полки из нержавеющей стали,	шт	-	1
16	Нескользящий коврик	критически важные характеристики	шт	-	1

		позиции отсутствуют			
17	Позиционная подушка	U - образная	шт	-	1
18	Подушка позиционная	Покрыта водостойкой и воздухопроницаемой тканью	шт	-	8
19	Пояс для перемещения	L — обхват талии 85-105 см	шт	-	1
20	Расческа с длинной ручкой	оснащена длинной ручкой для расчесывания волос	шт	-	1
21	Стакан	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
22	Таз круглый	3 л.	шт	-	1
23	Тележка медицинская для контейнеров с дезрастворами	Предназначена для компактного размещения контейнеров, оснащена колесами	шт	-	1
24	Термометр медицинский	Бесконтактный	шт	-	1
25	Термометр медицинский	Инфракрасный	шт	-	1
26	Термометр медицинский	Электронный	шт	-	1
27	Усилитель голоса	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	2
28	Ходунки	Бесколесные, с регулировкой высот	шт	-	1

Зона 2 "Домашний уход"

**ОБОРУДОВАНИЕ И ИНСТРУМЕНТЫ (НА 1 УЧАСТНИКА)
ОБОРУДОВАНИЕ И ИНСТРУМЕНТЫ (НА 5 УЧАСТНИКОВ)**

№	Наименование позиции	Тех. описание позиции	Ед. измерения	Кол - во общ ее	Ко л- во
1	Набор ложка, вилка с утяжелителем	Адаптированные для ивалидов, столовые приборы:меют пластиковую ручку с прорезиненным антискользящим покрытием,рабочая часть ложки, вилки может сгибаться.	шт	-	1
2	Нож с вертикально загнутой ручкой	Адаптированный для инвалидов, имеет пластиковую ручку с антискользящим покрытием	шт	-	1
3	Нескользящая тарелка	С высокими и широкими краями	шт	-	1
4	Чайная чашка с блюдцем	критически важные характеристики позиции отсутствуют	набор	-	1
5	Чайник электрический	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
6	Пульсоксиметр	Инфракрасный	шт	-	1
7	Усилитель голоса	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	2
8	Ваза для фруктов	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
9	Ваза для цветов	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
10	Комплект искусственных фруктов и цветов	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1

11	Роллатор	Четырехколесный, с регулируемой высотой	шт	-	1
12	Костыли	Подмышечные, с регулировкой высоты	пара	-	1
13	Термометр медицинский	Бесконтактный	шт	-	1
14	Термометр медицинский	Инфракрасный	шт	-	1
15	Термометр медицинский	Электронный	шт	-	1
16	Сумка медицинская для участковой медсестры	Для хранения и транспортировки ампул, медикаментов, медицинских инструментов, перевязочного материала	шт	-	1
17	Органайзер для хранения лекарственных средств	На неделю (утро, день, вечер)	шт	-	1
18	Аппарат для измерения АД	Механический, не со встроенным фонендоскопом	шт	-	1
19	Аппарат для измерения АД	Автоматический	шт	-	1
20	Лоток почкообразный	200*120*30 (нерж)	шт	-	1
21	Лоток прямоугольный	300*220*30 (нерж)	шт	-	1
22	Стакан	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
23	Корзина для мусора	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
24	Небулайзер	компрессорный ингалятор, с комплектом насадок	шт	-	1
25	Накладка для инсулиновых, подкожных инъекций	Накладка крепится на бедро, живот или руку с помощью ремня и фиксатора.	шт	-	1
26	Шприц ручка для введения инсулина	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1
27	Глюкометр	С голосовым сопровождением	шт	-	1

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ (НА 1 УЧАСТНИКА)					РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ (НА 5 УЧАСТНИКОВ)	
№	Наименование позиции	Тех. описание позиции	Ед. измерения	Кол - во	Кол-во	Комментарий
1	Влажные гигиенические салфетки	Не содержат спирт. Нейтральный для кожи фактор рН. Размер салфетки: 200 x 300 мм.	уп.50 шт.	-	1	
2	Набор продуктов: джем в банке, хлеб в упаковке, нарезанный, мягкий сыр в упаковке, кофе в банке, чай пакетированный черны и зеленый, фрукты,мюсли в упаковке, молоко в упаковке 0,5 л.пакетированное,шоколадный батончик, хлебцы, печенье,йогурт питьевой в упаковке 0,2л.	критически важные характеристики позиции отсутствуют	набор	1	5	
3	Варежка для обтирания	Одноразовая	уп.50 штуп.	-	1	
4	Моющий лосьон для тела	Требует разведения водой	фл.500 мл.	-	1	
5	Масло для ухода за кожей	Профессиональное средство по уходу	фл.500 мл	-	1	
6	Крем для рук	Профессиональное средство по уходу	200 мл.	-	1	
7	Комплект постельного белья:					
7.1	Простыня на резинке	90*210 см	шт	-	1	
7.2	простыня	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт.	-	1	
7.3	пододеяльник	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт.	-	1	
7.4	наволочка 70 ´ 70	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
8	Халат длинный домашний	размеры S/M/ L	шт	-	1	
9	Комплект постельных принадлежностей:					
9.1	подушка 70 ´ 70	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
9.2	одеяло летнее	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
10	Перчатки медицинские	Смотровые, нестерильные размер S	уп.100шт	-	1	
11	Перчатки медицинские	Смотровые, нестерильные	уп.100шт	-	1	

		размер М				
12	Перчатки медицинские	Смотровые , нестерильные размер L	уп.100шт	-	1	
13	Перчатки медицинские	Хирургические,стерильные размер S	уп.100шт	-	1	
14	Перчатки медицинские	Хирургические, стерильные размер М	уп.100шт	-	1	
15	Перчатки медицинские	Хирургические,стерильные,раз мер L	уп.100шт	-	1	
16	Защитный крем	С оксидом цинка,для образования на пверхности кожи защитной пленки.	фл.200 мл	-	1	
17	Одноразовые салфетки бумажные, медицинские	критически важные характеристики позиции отсутствуют	уп. 100 шт.	-	1	
18	Одноразовая впитывающая пеленка	Размер 40 х60	уп.30 шт.	-	1	
19	Повязка Антибактериальная	С ионами серебра размер 15см*8см	шт	1	5	
20	Салфетки медицинские марлевые	Стерильные, 16x14 см	уп.(5 шт)	1	5	
21	Салфетки медицинские марлевые	Стерильные 5*5	уп.(5 шт)	1	5	
22	Салфетки медицинские марлевые	Стерильные 10*10	уп.(5 шт)	1	5	
23	Бинт медицинский	Нестерильный 7x14	шт	2	10	
24	Набор для обработки ран	Стерильный, одноразовый. В набор входит: Салфетка из нетканого материала, 7.5 × 7.5 см - 5 шт. Пластиковый пинцет - 1 шт. Круглый тампон из нетканого материала, - 5 шт.	упак	1	5	
25	Ножницы медицинские для разрезания повязок по Листеру	Режущие лезвия имеют изгиб по ребру в пределах 30° и на одном конце длинного лезвия имеется площадка в виде плоской пуговицы для того, чтобы подвести ее под повязку и при этом не нанести царапины и ранения	шт	1	5	
26	Листовые полотенца , уп	Бумажное одноразовое	уп 250 шт	-	1	Для диспе нсера
27	Нагрудник защитный влагонепроницаемый	Одноразовый	шт	3	15	
28	Вода питьевая бутилированная	критически важные характеристики позиции отсутствуют	0,5 л	1	5	
29	Тест-полоски для определения глюкозы крови	Соответствуют марки глюкометра	уп (50 шт)	-	1	
30	Ланцеты	Соответствуют марки устройству для прокалывания кожи	уп(50 шт.)	-	1	

31	Лекарственное средство (плацебо) в таблетках, обезболивающее	В блистере, №10	уп	-	1	
32	Физиологический раствор	В бутылках раствор Na CL 0.9%, 10 мл №10	уп	-	2	
33	Лоток одноразовый	Лоток почкообразный одноразовый	шт	3	15	Бумажный
34	Салфетка антисептическая спиртовая	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	5	25	
35	Антисептик кожный	критически важные характеристики позиции отсутствуют	фл 1л	-	1	
36	Антисептик кожный на основе спирта	критически важные характеристики позиции отсутствуют	фл 250 мл	-	2	
37	Дезинфицирующее средство	Для дезинфекции поверхностей, с распылителем	фл	-	1	
38	Пакет для сбора медицинских отходов	А класса	шт	3	15	
39	Пакет для сбора медицинских отходов	Б класса	шт	3	15	
40	Контейнер для утилизации игл	желтый класс Б	шт	-	1	
41	Набор первой медицинской помощи	Универсальный	шт	-	2	
42	Пинцет анатомический	Одноразовый	шт	1	5	
43	Бинт когезивный	Самофиксирующийся бинт 8см*4м	шт	1	5	
44	Лейкопластырь	На полимерной основе	рулон	1	5	
45	Раствор для промывания ран	Для тщательного очищения раневой поверхности, увлажнения раны и подавления бактериальной флоры. Может быть использован для предупреждения инфицирования ран и профилактики развития инфекционных осложнений в ране	флакон 350 мл.	-	1	
46	Капли назальные	(плацебо)с сосудосуживающим и антигистаминным действием, флакон с пипеткой	фл	-	1	
47	Капли глазные	(плацебо) противовоспалительное действие, флакон с встроенной капельницей	фл	-	1	
48	Капли ушные	(плацебо) противовоспалительное, местноанестезирующее и анальгезирующее действие, флакон с пипеткой	фл	1	1	

49	Спрей для наружного применения (плацебо) антисептическое средство, широкого спектра действия	Раствор для наружного применения , с насадкой-распылителем	фл	-	1	
50	Кистевой эспандер	Мяч резиновый/силиконовый, предназначен для укрепления мышц кисти, запястья и предплечья.	шт	-	1	
51	Терапевтический пластилин	Не имеет запаха, не токсичен, обезжирен, свободен от аллергенов и латекса, не оставляет следов	упаковка 85 гр.	1	5	
52	Мыло кусковое	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
53	Жидкое мылом с дозатором	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
54	Полотенце хлопковое	40*60	шт	-	1	
55	Полотенце хлопковое	50*70	шт	-	1	
56	Полотенце банное хлопковое	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
57	Трубочки для питья	критически важные характеристики позиции отсутствуют	уп 100 шт	-	1	
58	Зубная щетка	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
59	Зубная паста	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
60	Губка для мытья посуды	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
61	Средство для мытья посуды	критически важные характеристики позиции отсутствуют	фл	-	1	
62	Идентификационный браслет на руку	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	
63	Набор профессионального грима для актеров	Профессиональный грим для статистиков/актеров	набор	-	1	
64	Иглы для шприц ручки	Размер 4мм	уп, 50шт.	-	1	
МЕБЕЛЬ И ФУРНИТУРА (НА 1 УЧАСТНИКА)					МЕБЕЛЬ И ФУРНИТУРА (НА 5 УЧАСТНИКОВ)	

№	Наименование позиции	Тех. описание позиции	Ед. измерения	Кол - во	Кол- во	Комментарий
1	Кровать функциональная	Кровать медицинская функциональная 4-х секционная, с электрическим приводом для регулировки высоты, спинной и тазобедренной (ножной) секции и угла антитренделенбург, с пультом управления. Главная особенность данной модели - она практически неотличима от простых домашних кроватей, и имеет ортопедическое ложе из деревянных ламелей, закрепленных на подвижных, самоориентирующихся под весом пациента втулках, обеспечивающих дополнительный ортопедический эффект.	шт	-	1	Зона "Дом престарелых"
2	Матрац для кровати	По размеру кровати	шт	-	1	Зона "Дом престарелых"
3	Тумба с зеркалом (стол туалетный)	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	Зона "Дом престарелых/ Центр сестринского ухода"

4	Кресло мягкое	одноместное	шт	-	2	Зона "Дом престарелых/ Центр сестринского ухода", "Домашний уход"
5	Тумба медицинская прикроватная с откидным столиком	Имеет механизм для поворота и регулирования по высоте столика. Оснащена колесами	шт	-	1	Зона "Дом престарелых/ Центр сестринского ухода"
6	Стол палатный медицинский	С пластиковой столешницей. Длина 850 мм Ширина 750 мм Высота 750 мм	шт	-	1	Зона "Дом престарелых/ Центр сестринского ухода"
7	Кресло-каталка	со съёмными подлокотниками	шт	-	1	Зона "Дом престарелых/ Центр сестринского ухода"
8	Стул палатный	критически важные характеристики позиции	шт	-	2	Зона "Дом престарелых"

		отсутствуют				льх/ Цент р сест ринс кого уход а"
9	Раковина со смесителем и тумбой	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	2	Зона "Дом престарелых/Центр сестринского ухода", "Домашний уход"
10	Диван мягкий	двухместный	шт	-	1	Зона "Домашний уход"
11	Стул обеденный	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	2	Зона "Домашний уход"
12	Стол обеденный	со столешницей 1200X800	шт	-	1	Зона "Домашний уход"
13	Светильник	Напольный (торшер)	шт	-	1	Зона "Домашний уход"
14	Ковер	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	Зона "Домашний уход"

						"
15	Холодильник	Однокамерный, высота 50-60 см.	шт	-	1	Зона "До маш ний уход "
16	Вешалка для одежды	вешалка без использования плечиков	шт	-	1	Зона "До маш ний уход "
17	Часы	Настенные с секундной стрелкой	шт	-	2	Зона "До маш ний уход "
18	Корзина для мусора	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	1	Зона "До маш ний уход "

СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ на 5 конкурсантов

№	Наименование позиции	Тех. описание позиции	Ед. измерения	Кол - во	Кол - во	Комментарий
1	Маска медицинская	3-х слоинная из нетканого материала, одноразовая, на резинке.	шт.	2	10	
2	Фартук	Одноразовый непромокаемый	шт.	2	10	
3	Шапочка берет одноразовая	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт.	2	10	
4	Нарукавники	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт.	4	20	
5	Набор первой медицинской помощи	Универсальный	шт	-	2	
6	Огнетушитель углекислотный	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт	-	2	
7	Защитный экран для лица медицинский	критически важные характеристики позиции отсутствуют	шт.	2	10	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ (КОММУНИКАЦИИ, ПОДКЛЮЧЕНИЯ, ОСВЕЩЕНИЕ И Т.П.)

№	Требование (описание)	Комментарий
1	Площадь рабочих площадок 4*5 метров (20 кв.метров)	
2	Электричество 220 вольт	В месте установки розеток
3	Канализационный слив	В месте установки раковин
4	Подвод горячей и холодной воды	В месте установки раковин
5	Покрытие пола	Нескользящее, устойчивое к воздействию жидкости По всей площади рабочей зоны

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Материально техническое обеспечение темы

РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ

Компетенция _____

ФИО участника _____

Здание к Теме 1. Зафиксируйте основные термины, применяемые на чемпионатах WSR. Используя материал лекций, заполните таблицу.

Основные термины, понятия	Пояснение (ответ)
WorldSkills	
В какой стране зародилось движение WorldSkills?	
В каком году Россия вступила в движение?	
Тулбокс	
Кодекс	
Самый важный раздел Технического описания, в котором описаны знания и навыки, которыми должен обладать специалист, владеющий данной компетенцией.	

Место для записей

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
(БПОУ ОО «МК»)

**Кодекс этики
ДВИЖЕНИЯ WORLDSKILLS RUSSIA**

**Общеинтеллектуальное направление
Для учащихся 14 – 16 лет**

Преподаватель: Т.Ю. Зайцев

План лекции:

1. Кодекс этики
2. Ценности и принципы
3. Информационная открытость и подотчетность
4. Справедливость
5. Партнерство
6. Инновации и развитие
7. Достоинство
8. Охрана окружающей среды и самодостаточность
9. Гигиена и безопасность
10. Руководство

1. Кодекс этики

1.1. Данный Кодекс этики устанавливает нормы поведения и этические стандарты WorldSkills Russia, которыми следует руководствоваться при принятии решений в рамках участия в соревнованиях, в период подготовки к ним и после проведения соревнований.

1.2. Данный Кодекс этики устанавливает принципы, ценности и стандарты, регулирующие поведение, процесс принятия решений, регламенты и стандарты WorldSkills Russia таким образом, чтобы соблюдались как интересы наших ключевых партнеров, так и права всех людей и организаций, на которых влияет наша деятельность.

1.3. Главными ценностями WorldSkills Russia являются: верность своим принципам, информационная открытость, партнерство и инновации.

1.4. Никакие части данного Кодекса этики не подлежат отмене.

2. Ценности и принципы

2.1. Верность принципам. Базовое положение WorldSkills Russia - верность своим принципам. Мы открыты, честны и надежны как в своих отношениях с

ключевыми партнерами, так и в отношениях с организациями и людьми, с которыми мы работаем, или на которых влияет наша деятельность.

2.2. Конфликт интересов: никто из сотрудников или волонтеров не может заниматься какими-либо видами деятельности, занятие которыми прямо противоречит интересам WorldSkills Russia.

2.3. Любые личные интересы, связанные с коммерческой деятельностью движения WorldSkills Russia, подлежат публичному раскрытию.

2.4. Ключевые партнерьи участники Движения, в т.ч. и бизнес-партнеры, обязаны объявлять о существовании у них частных интересов, относящихся к их зоне ответственности и обязательств, а также принимать меры, направленные на решение возникающих конфликтов способом, защищающим интересы всех остальных партнеров и участников движения WorldSkills Russia.

2.5. Сотрудники и волонтеры не имеют права обременять себя какими-либо финансовыми или иными обязательствами перед сторонними лицами или организациями, которые могут попытаться повлиять на них при выполнении ими своих обязанностей. Члены совета, сотрудники и другие лица, связанные контрактами с WSR, должны соблюдать Политику принятия подарков WSR.

3. Информационная открытость и подотчетность

3.1. Открытость: все партнеры и участники Движения WSR, насколько это возможно, открыто сообщают о своих решениях и предпринимаемых действиях. Они объясняют, чем были вызваны их действия, и ограничивают доступ к информации только в тех случаях, когда того явно требуют интересы общественности.

3.2. Друзья и родственники: в WorldSkills Russia могут работать члены семьи и близкие друзья сотрудников. В этих ситуациях, сотрудникам и волонтерам WorldSkills Russia следует по возможности избегать рабочих ситуаций, где возникают отношения «начальник – подчиненный» между членами семьи

или лицами, находящимися в близких личных отношениях.

4. Справедливость

4.1. Объективность: в рамках текущей деятельности WSR, включая назначения на все должности, заключение договоров, представление кого-либо к наградам и премиям, любой выбор делается на основании реальных достижений и заслуг.

4.2. Широта взглядов:мы выступаем за создание таких условий, которые обеспечивали бы открытость изменениям, новые идеи, уважение к личности, равные возможности для достижения успеха.

4.3. Равные возможности для всех конкурсантов: все лица, занятые в соревнованиях WSR, обязаны демонстрировать высокий уровень верности своим принципам, честность и справедливый подход ко всем конкурсантам, обеспечивая равные возможности для всех конкурсантов, вне зависимости от представляемой страны или субъекта РФ, национальности, пола, религиозной и культурной принадлежности, философских или политических взглядов, семейного положения, языка и т.п.

4.4. Жалобы:Все жалобы рассматриваются обязательным расследованием, с соблюдением принципов естественной справедливости. На соревнованиях применяется функциональный и профессиональный подход при решении спорных вопросов.

5. Партнерство

5.1. Сообщество:WorldSkills Russia стремится поддерживать партнерство, где она работает, посредством образовательной деятельности и сотрудничества.

5.2. Профессиональные сообщества: WorldSkills Russia поддерживает развитие сообществ специалистов и экспертов на основании профессии.

6. Инновации и развитие

6.1. Инновации: мы поддерживаем и поощряем инновации, помогающие нам более эффективно достигать наших целей и решать поставленные задачи.

6.2. Развитие: мы стремимся добиться совершенства во всех своих начинаниях и постоянного развития во всех процессах.

7. Достоинство

7.1. Права человека: WorldSkills Russia уважает права всех своих сотрудников и волонтеров. Все ключевые партнеры обязаны быть друг с другом открытыми, порядочными и вежливыми.

7.2. Многообразие – одна из сильных сторон WorldSkills Russia. Каждый участник движения обязан уважать людей, с которыми он работает, и разность их культур. Как движение, мы приветствуем многообразие на всех уровнях и стремимся создать среду, все участники которой могут наиболее полно развивать свой потенциал. WorldSkills Russia и организаторы мероприятий WSR обязаны убедиться в том, чтобы мероприятия WSR не входили в конфликт со значительными религиозными или другими праздниками, проходящими в месте соревнований.

7.3. Домогательства: WorldSkills Russia не допускает любые формы домогательств: сексуальные, физические или психологические.

8. Охрана окружающей среды и самодостаточность

8.1. Охрана окружающей среды: WorldSkills Russia стремится минимизировать вредное воздействие своих соревнований на окружающую среду и природные ресурсы. Мы устанавливаем желаемые и достижимые стандарты охраны окружающей среды, полностью соответствующие действующему природоохранному законодательству Российской Федерации.

8.2. Самодостаточность: мы стремимся к росту нашей организации и к ее экологической и экономической самодостаточности, что обеспечивает ее

долгосрочную стабильность и жизнеспособность.

9. Гигиена и безопасность

9.1. Основной принцип: WorldSkills Russia обеспечивает безопасную и здоровую среду для всех участников соревнований, и ни при каких условиях не будет подвергать опасности здоровье или безопасность кого-либо из своих партнеров или участников движения WSR.

9.2. Все ключевые партнеры, организаторы соревнований и участники обязаны соблюдать правила гигиены труда и техники безопасности, действующие в месте проведения соревнований, а также особые правила гигиены труда и техники безопасности, применимые к конкурсу по какой-либо специальной профессии.

9.3. Отчет: Все ключевые партнеры и участники соревнований обязаны немедленно сообщать о любых проблемах, нарушениях техники безопасности или инцидентах.

10. Руководство

10.1. Приверженность ценностям: все руководители продвигают и поддерживают ценности и принципы WSR, изложенные в данном Кодексе этики, и демонстрируют приверженность этим ценностям на практике.

10.2. Культура соблюдения правил: руководители WSR и организаторы соревнований заботятся о создании такой среды, где соблюдение правил ценится и является обязательным. Никто не имеет права попросить сотрудника или волонтера WorldSkills Russia нарушить закон или принципы/ценности WorldSkills Russia, изложенные в данном Кодексе этики, или же пойти против политики, правил или регламентов WorldSkills Russia.

10.3. Конфиденциальность: руководители и ключевые партнеры WorldSkills Russia не имеют права раскрывать информацию, доверенную им конфиденциально. Стороны не имеют права раскрывать конфиденциальную информацию с целью получения личной выгоды, или с целью подрыва

репутации какого-либо лица или организации.

10.4. Соблюдение правил и подотчетность: директор Союза «Агентство развития профессиональных сообществ и рабочих кадров «Ворлдскиллс Россия» (до его создания технический делегат от России в WSI) отвечает за соблюдение положений Кодекса этики организацией и ее ключевыми партнерами. Совет Союза «Агентство развития профессиональных сообществ и рабочих кадров «Ворлдскиллс Россия» (до его создания Стратегический комитет WSR) отвечает за мониторинг и регулирование Кодекса этики. Лица, уличенные в нарушении Кодекса этики, подвергаются мерам дисциплинарного воздействия сообразно типу и уровню нарушения, а также соглашению/контракту, которым такое лицо или организация связаны с WorldSkills Russia.

Практическое занятие.

Контрольные вопросы

1. На чем основывается кодекс этики?
2. В чем заключается справедливость Кодекса этики?
3. В чем заключается достоинство Кодекса этики?
4. Основные принципы безопасности Кодекса этики?

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
(БПОУ ОО «МК»)

**Техническое описание компетенции
ДВИЖЕНИЯ WORLDSKILLS RUSSIA**

**Общеинтеллектуальное направление
Для учащихся 14 – 16 лет**

Преподаватель: Т.Ю. Зайцев

План лекции:

1. Название профессиональной компетенции: «Медицинский и социальный уход». Описание профессиональной компетенции.
2. Типы медицинских организаций осуществляющих уход за пациентом.

Специалисты в сфере медицинского и социального ухода оказывают помощь в учреждениях медицинского и социального ухода, в медицинских организациях различного профиля – (дома престарелых, больницы, однодневные стационары и социальные приюты, хосписы и центры сестринского ухода) и на дому. Медицинский и социальный уход тесно связан с медицинской и охватывает широкий спектр умений и видов деятельности, связанных с поддержкой хорошего состояния здоровья, физического и психосоциального состояния, роста и развития пациента, уход за ним и содействие в реабилитации и поддержке пациентов и их семей. Предоставляемая помощь основывается на планировании, осуществлении и оценивании программы ухода. Уход и оздоровление, тесно связанные с медициной, предполагают соблюдение профессиональной этики и деонтологии, а так же законодательства в области здравоохранения.

Высококвалифицированные специалисты, представляя целый ряд услуг по социальной и медицинской поддержке для пациентов и их семей, должны демонстрировать высокий уровень персональной ответственности и самостоятельности на всех этапах работы от оценки потребностей пациента, до установления отношений с ними. Обеспечить качественный уход в различных обстоятельствах, учитывая все мелочи, во избежание ошибок, которые могут повлечь за собой серьезные последствия вплоть до угрозы жизни.

Неотъемлемыми качествами высококвалифицированного работника в этой сфере является: навыки организации работы и самоорганизации, межличностного общения, способность решать проблемы, новаторское и

творческое мышление, умение понимать пациентов и работать с ними для улучшения качества их жизни. Такой специалист может работать в коллективе, самостоятельно или чередовать эти способы работы.

Сегодня, в условиях взаимодействия стран, когда люди могут свободно перемещаться, работнику в сфере медицинского и социального ухода открываются широкие перспективы и возможности. Для квалификационного специалиста в этой отрасли существует множество возможностей сотрудничества на международном уровне, что способствует увеличению разнообразия навыков, связанных с медицинским и социальным уходом. Вместе с этим это вызывает необходимость понимать разнообразные культуры, системы здравоохранения и социального ухода, а так же различия в сфере законодательства.

Оказание помощи конкретным людям, семьям и группам людей по выявлению существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды, в достижении ими физического, умственного и социального здоровья, обеспечивают улучшение состояния пациентов. Виды деятельности, которые сочетают медицинскую и социальную помощь, вносят свой вклад в улучшение качества жизни, они имеют решающее значение для поддержания социально – психологического здоровья населения, что способствует укреплению социально – экономического климата, и является одной из базисных основ развития стран.

2. Типы медицинских организаций

Дневной стационар

Наряду с амбулаторным и стационарным видами лечения все большее распространение получает оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров. Это своеобразный промежуточный вариант между амбулаторным режимом и стационарным лечением. **Дневной**

стационар организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Общие показания к госпитализации в дневной стационар

На лечение в дневной стационар поликлиники могут направляться следующие больные:

- с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний, не требующих круглосуточного наблюдения;
- пациенты, состоящие на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний для проведения курса профилактического или реабилитационного лечения;
- граждане, не требующие по состоянию своего здоровья круглосуточного наблюдения, но требующие оказания медицинских услуг в госпитальных условиях, например, при использовании лечебных средств, после применения, которых должно осуществляться врачебное наблюдение на протяжении определенного времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями;
- нуждающиеся во внутривенном капельном введении лекарственных средств;
- нуждающиеся в комплексном лечении с использованием физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, после которых необходим отдых, а также при введении медикаментов различными способами через определенные промежутки времени.

Порядок госпитализации в дневной стационар

Направление в стационар дневного пребывания выдают врачи первичного звена. Госпитализация производится в плановом порядке. При приеме в дневной стационар пациент должен быть первично осмотрен врачом дневного стационара, поскольку план мероприятий по лечению (дату начала лечения, длительность курса лечения, методы обследования, время

прихода и длительность пребывания в дневном стационаре и др.) определяет врач дневного стационара для каждого больного индивидуально.

Перед выпиской из дневного стационара производится заключительный осмотр больного врачом дневного стационара, а при необходимости – врачом-специалистом поликлиники, направившим больного в дневной стационар. В день выписки больного из дневного стационара амбулаторная карта передается лечащему врачу через регистратуру с заполненным эпикризом.

В случаях, когда необходимые виды помощи выходят за рамки возможностей медицинской организации, пациент должен быть переведен в медицинскую организацию с соответствующими возможностями.

Условия пребывания в дневном стационаре

- размещение пациентов производится в палатах от 2 до 10 койко-мест;
- проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение осуществляют с момента поступления пациента в стационар;
- лечащий врач обязан информировать больного, а в случаях лечения несовершеннолетних в возрасте до 15 лет – его родителей или законных представителей о ходе лечения, прогнозе, необходимом индивидуальном режиме.

Общий объем медицинской помощи, предусмотренный в дневном стационаре

- Внутримышечные, подкожные и внутривенные **инъекции**.
- **Внутривенные вливания** лекарственных растворов.
- Наблюдение и лечение пациентов, закончивших стационарное лечение и выписанных в ранние сроки из стационара и получивших рекомендации о завершении терапии и реабилитации в условиях активного режима.

- Медицинское наблюдение за пациентами, перенесшими несложные оперативные вмешательства в стационарных условиях, после которых они не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении.

Социальный приют

Учреждение социального обслуживания населения, предоставляющее специализированные услуги детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и нуждающимся в экстренной социальной помощи по обеспечению их временного проживания, социальной реабилитации и дальнейшего трудоустройства.

История возникновения и деятельности приютов для обездоленных детей, оторванных от родителей и нуждающихся в помощи, уходит корнями в средневековый период, когда монастыри принимали таких детей и помогали им. Первое богоугодное заведение для детей — Императорский Московский воспитательный дом — был учрежден в 1763 г. императорским указом Екатерины II. Это было первое учреждение в будущей сети социальных институтов, учрежденных на государственном уровне и призванных заботиться о сиротах, незаконнорожденных детях, родители которых по бедности или болезни не могли их содержать. В XX столетии институт призрения царской России перестал существовать, проблемы детей постепенно стали решаться не только через приюты, но и колонии для несовершеннолетних. В конце 80-х — начале 90-х гг. в период сложных экономических преобразований, обострения бедности семей, усиления криминогенности начался рост преступности несовершеннолетних. Одним из создаваемых в России новых учреждений социального обслуживания был С.п. для детей и подростков. В соответствии с Федеральным законом от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений

несовершеннолетних” С.п. относится к субъектам профилактики детской безнадзорности и правонарушений. Размещение несовершеннолетнего в социальный приют осуществляется по инициативе должностных лиц органов и учреждений системы профилактики безнадзорности (подразделения УВД, органы опеки и попечительства и др.) С.п. может быть как самостоятельным учреждением в системе социального обслуживания, так и структурным подразделением, создаваемым на базе других социальных учреждений, как правило работающих с семьей и детьми. Социальные услуги в С.п. предоставляются на основании просьб несовершеннолетних, их законных представителей. Специалисты С.п. с учетом интересов детей, специфики трудной жизненной ситуации, в которой они оказались, разрабатывают реабилитационные программы оказания социальных услуг.

Основной вид деятельности С.п. — предоставление государственных услуг по специализированному стационарному социальному обслуживанию детей. С.п., как правило, оказывают следующие виды услуг: социально-бытовые (предоставление жилых помещений, мебели, постельных принадлежностей, одежды, обуви, питания); социально-психологические (консультирование, психодиагностика, профилактическая работа); социально-педагогические (консультирование, диагностика, педагогическая коррекция, организация досуга, организация получения образования); социально-экономические (предоставление при выписке нуждающимся детям одежды и обуви); социально-правовые (консультирование, защита прав и их интересов, восстановление утраченных документов, содействие в получении новых, представительство в суде); социально-медицинские (полное медицинское обследование, диспансеризация, содействие в получении лечения).

С.п. наряду с предоставлением специализированных стационарных услуг осуществляют другие виды деятельности: содействие органам опеки и

попечительства в осуществлении устройства детей, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей; выявление детей, нуждающихся в государственных услугах по специализированному стационарному обслуживанию.

Главной задачей социальной помощи несовершеннолетним в условиях С.п. является преодоление конкретно сложившейся в его жизни трудной ситуации, обеспечение возврата ребенка в родную семью или при невозможности — решение вопросов его жизнеобеспечения совместно с другими органами и учреждениями профилактики детской беспризорности и правонарушений.

Хоспис

Хоспис – это бесплатное медико-социальное учреждение, где обеспечивают уход и обезболивание, оказывают медицинскую, социальную, психологическую, духовную и юридическую помощь неизлечимым больным, а также их семьям, как в период болезни, так и после утраты близкого человека.

В хосписе 24 часа в сутки и 365 дней в году рядом с пациентом могут находиться его родные и близкие.

Хоспис – это:

- **БЕСПЛАТНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**, финансируемое госбюджетом, имеющее лицензию на медицинскую деятельность и работу с наркотическими средствами. Хоспис сотрудничает с органами социального обеспечения, общественными и религиозными организациями, может привлекать к помощи добровольцев, а так же благотворительные фонды и организации
- Возможность обслуживать район с населением 400 000 человек
- Медицинская, социальная, психологическая, юридическая, духовная **ПОМОЩЬ** пациенту и членам его семьи
- Высокий профессиональный уровень и милосердие сотрудников

- Помощь в преодолении страха и одиночества
- Наиболее полноценное использование оставшегося у человека времени жизни.
- Духовная поддержка человека любого вероисповедания.
- Обучение родственников навыкам ухода за больными.
- Психологическая поддержка членов семьи неограниченный период времени
- Круглосуточная связь с врачами и персоналом хосписа, семь дней в неделю
- Постоянное обучение персонала и добровольцев

В хосписе берегут жизнь. Здесь нет боли, грязи и унижения. Это комфортные условия и достойная жизнь до конца.

Отделение **сестринского ухода** – это специальное подразделение при медучреждении, в котором преимущественно осуществляется медицинское обслуживание определенных категорий пациентов: Пациентов старческого и пожилого возраста.

Уход за пациентом при различных состояниях и заболеваниях

Тема 3.1. Уход за пациентом в послеоперационном периоде в условиях стационара.

План:

1. Понятие о послеоперационном периоде
2. Принципы наблюдения и ухода за пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.
3. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.
4. Особенности сестринского ухода
5. Основные потребности человека

1. Понятие о послеоперационном периоде

Послеоперационный период – это время от момента операции до выздоровления или перевода пациента на инвалидность.

Он длится три стадии:

- Реанимационная – длительностью до трех дней;
- До выписки из стационара – длительностью 2-3 недели;
- Реабилитационная – до восстановления трудоспособности.

Задачи послеоперационного периода:

- Профилактика и лечение послеоперационных осложнений;
- Лечение и уход за больными;
- Быстрейшее восстановление трудоспособности.

Значение послеоперационного периода достаточно велико. Именно в это время больной нуждается в максимальном внимании и уходе. Именно в это время проявляются в виде осложнений все дефекты предоперационной подготовки и самой операции.

Основная цель послеоперационного периода - способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме больного, а также предупреждать, своевременно выявлять и бороться с возникающими осложнениями.

2. Принципы наблюдения и ухода за пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Интенсивная терапия – это комплекс лечебных мероприятий, направленных на нормализацию гомеостаза, предупреждение и лечение острых нарушений жизненно важных функций.

Реанимация – восстановление и замещение остро утраченных функций сердца, легких и обменных процессов у больных, находящихся в критическом состоянии.

После операции пациент переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии, в котором имеются условия для ее проведения, мониторингового наблюдения за функциональным состоянием основных систем жизнедеятельности организма и оказания при необходимости экстренной помощи по всем направлениям.

Интенсивное наблюдение за послеоперационным пациентом предусматривает постоянное наблюдение за общим состоянием и самочувствием, цветом кожных покровов, функциональным состоянием органов и систем.

Для удобства ухода за этими больными на них не надето нательное белье, поэтому необходимо следить, чтобы они были тщательно укрыты, так как переохлаждение может привести к воспалению легких.

Иногда больных следует фиксировать к постели, чтобы они не сорвали повязку, не удалили дренажи, не причинили себе каких-либо повреждений. Для профилактики пролежней их постоянно поворачивают, обтирают, делают массаж, расправляют складки простыни, применяют резиновый круг и т.д.

Для предупреждения высыхания конъюнктивы глаз у больных, находящихся в бессознательном состоянии, на глаза накладывают ватные тампоны, смоченные изотоническим раствором хлорида натрия. Самого тщательного ухода требуют носовые ходы, т.к. через них приходится

постоянно заводить зонд. Необходимо регулярно каждые 1-2 часа протирать влажным тампоном полость рта и смазывать ее масляными жидкостями (глицерин). При непроизвольном мочеиспускании и дефекации у пациента удобнее использовать подкладные клеенки и дополнительное белье, которое меняют по мере загрязнения. Если у больного стоит постоянный мочевого катетер, необходимо следить за тем, как он функционирует, не подтекает ли моча мимо катетера.

Поить и кормить больных можно только по указанию или разрешению врача. Энтеральный прием пищи проводится малыми порциями с ложки или из поильника. Минеральная вода должна быть теплой и без газа. Пища легкоусвояемая в теплом или жидком виде.

При нарушении акта глотания и по специальным хирургическим показаниям весьма эффективным оказывается введение жидкой пищи с помощью зонда.

Сотрудники отделения ежедневно меняют халаты, шапочки, маски. От персонала требуются собранность, аккуратность, умение быстро ориентироваться в изменении состояния больного, своевременно и грамотно выполнять необходимые назначения. Одна медсестра ухаживает за 2-3 больными. При малейшем изменении пульса, цвета кожных покровов, АД у больного медсестра докладывает об этом врачу. Все измерения и манипуляции, количество введенной и выделенной жидкости ежечасно отмечается в специальной "Карте наблюдения".

Отделение реанимации и интенсивной терапии оснащается функциональными кроватями, позволяющими придать больному любое удобное или функционально выгодное положение. Кровати располагаются так, чтобы к больному можно было свободно подойти с трех сторон и чтобы все они были хорошо видны с сестринского поста. Каждая койка в отделении.

3. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.

Различают осложненный и неосложненный послеоперационный период. Неосложненный послеоперационный период характеризуется умеренными нарушениями биологического равновесия в организме и не резко выраженными реактивными процессами в операционной ране, стабильность гомеостаза.

Осложнения со стороны органов дыхания: острая дыхательная недостаточность; трахеит; бронхит; пневмония; плеврит; ателектаз; абсцесс легкого.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: острая сердечная недостаточность; острая артериальная гипотензия или гипертензия; синусовая тахикардия или брадикардия; аритмия; асистолия; тромбозы и тромбэмболии; эмболии и тромбозы периферических сосудов; инфаркт миокарда.

Осложнения со стороны нервной системы: парезы; параличи; парестезии; психозы (двигательное и психическое возбуждение); инсульты.

Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта: нарушение моторно-эвакуаторной функции органов пищеварения (икота, отрыжка, рвота, метеоризм, понос); кишечная непроходимость (динамическая, ранняя спаечная); перитониты.

Осложнения со стороны органов мочеиспускания: задержка мочеиспускания (ишурия); олигурия, анурия; пиелит; цистит; уретрит.

Осложнения со стороны операционных ран: кровотечение из ран; гематомы, серомы, инфильтраты; нагноение ран; расхождение швов; эвентрация; лигатурные свищи.

4. Особенности сестринского ухода

Сестринский уход за больными в послеоперационном периоде – необходимое условие для качественного восстановления человека, который перенёс хирургическое вмешательство. В это время больной находится в недееспособном состоянии, не может ухаживать за собой. Его организм

ослаблен, а он сам нуждается в профессиональном уходе и реабилитации. Помимо этого, велик риск послеоперационных осложнений.

Хирургические операции влияют на работу всех органов и систем организма. После их проведения пациент на какое-то время лишается не только трудоспособности, но и возможности обеспечивать собственные физиологические потребности. Он не может самостоятельно принимать пищу и питьё, посещать туалетную комнату, следить за гигиеной, даже двигаться. При этом ему требуются особые условия содержания, ежедневный контроль за психофизиологическими параметрами, медицинские процедуры по обработке ран, швов, снятию болевых ощущений.

Если состояние больного в послеоперационный период нестабильно, участие медицинской сестры жизненно необходимо. Только профессионально подготовленный человек может оказать необходимую помощь в экстренной ситуации.

Сестринский уход за послеоперационным больным ускорит выздоровление пациента и его возвращение к нормальной жизни, предотвратит развитие возможных осложнений.

Организация должного ухода за человеком после операционного вмешательства – ответственное и непростое дело. Необходимо обеспечить и поддерживать стерильность в палате или в другом помещении, где находится больной, проводить необходимые медицинские и гигиенические процедуры, оказывать психологическую поддержку.

В число основных задач сестринского ухода входят следующие мероприятия:

- Подготовка помещения к приёму послеоперационного больного и поддержание в нём стерильности. Необходимо тщательно подготовить палату – провести кварцевание, проветривание, сменить постельные принадлежности.

- Систематическое наблюдение за больным. Требуется регулярно отслеживать температуру тела, проверять частоту пульса, артериальное давление, спрашивать у больного о его общем самочувствии, болевых ощущениях, дискомфорте, осуществлять контроль заживления раны. Если больной без сознания, информацию о его состоянии получают путём измерения физиологических показателей и визуального осмотра.

- Уход за раной. Требуется своевременно менять повязки, дренажи, катетеры, производить обработку раны антибактериальными средствами; следить за комфортом для пациента.

- Обеспечение функций жизнедеятельности. Следует обеспечить пациенту соответствующий его состоянию пищевой и питьевой режим, осуществлять динамический контроль за выделением мочи и кала.

- Проведение гигиенических процедур. Необходимо с первого дня проводить профилактику пролежней, очищать кожные покровы от загрязнений, производить санацию полости рта.

- В целях скорейшего восстановления больного ему необходимы сеансы ЛФК, массаж мышц спины и конечностей.

Медицинский уход больному требуется на всех этапах послеоперационного периода:

- на ранней реанимационной стадии. Это самый тяжёлый этап, который продолжается 3-5 дней с момента операции. Больному требуется проведение медицинских процедур и постоянное наблюдение за его состоянием.

- на поздней послеоперационной стадии. Она длится 2-3 недели. Медицинские процедуры (уколы, капельницы, перевязки) продолжаются, к ним добавляются первые реабилитационные мероприятия.

- на отдаленной (реабилитационной) стадии. Продолжается от 3 недель до 6 месяцев. На этом этапе необходима профессиональная поддержка в дальнейшей реабилитации больного.

Без сестринского ухода за больными в послеоперационном периоде их выздоровление невозможно. Только специалист с профильной подготовкой сможет обеспечить условия для восстановления пациентов.

Впервые дни после операции больным нельзя принимать пищу, а впервые сутки запрещено даже пить. Наши сиделки строго следят за тем, чтобы эти правила не нарушались. Если человек испытывает сильную жажду, допускается смочить губы водой. Только специалист сможет проконтролировать качество и состав питания. Послеоперационным больным категорически нельзя употреблять жареную, копчёную, солёную, острую, твёрдую пищу.

С первого дня восстановления проводится противопрележная профилактика: необходимо по возможности менять положение тела больного, следить за чистотой кожных покровов, в том числе, в зоне промежностей, проводить обработку дерматологическими средствами.

Первые дни после хирургической операции – самое трудное время. Больной испытывает сильные болевые ощущения, дискомфорт, тревогу. У человека могут возникнуть ощутимые страхи по поводу восстановления работы органов и двигательной активности, особенно, если процесс проходит с затруднениями. В этот период крайне важны поддержка, участие, дружелюбное отношение. Постоянное присутствие рядом с больным сиделки, её помощь и ободряющее слово помогут подопечному избавиться от неприятных мыслей, будут способствовать его скорейшей реабилитации и выздоровлению.

5.Основные потребности человека

Потребность – это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего-либо, отражаемый в восприятии человека.

В 1943 году американский психолог **А. Маслоу** классифицировал человеческие потребности по иерархической системе – от физиологических

(низший уровень) до потребностей в самовыражении (высший). А. Маслоу изобразил уровни потребностей в виде пирамиды.



Возможность удовлетворять свои потребности зависит от возраста, окружающей среды, знаний, умений, желания и способности человека. Заболевание, вызывая нарушение функции органа или системы, мешает удовлетворению потребностей.

У пациента могут быть неудовлетворенными одна или несколько потребностей любого уровня, реализация которых должна войти в план ухода.

1 уровень - физиологические (фундамент жизнедеятельности человека – основание пирамиды) - дышать, есть, пить, выделять.

2 уровень - в безопасности - быть здоровым, быть чистым, в самоуходе, в собственной безопасности, поддерживать температуру тела, двигаться, спать и отдыхать.

3 уровень - социальные - иметь семью и друзей, общаться, работать, учиться.

4 уровень - в самоуважении, уважении окружающих - иметь успех и поощрение, владеть имуществом.

5 уровень - в самовыражении - иметь достижения и самостоятельность.

Нарушенные потребности пациента

Потребность ДЫШАТЬ обеспечивает постоянный газообмен кислорода и углекислого газа между организмом и окружающей средой.

Факторы риска: курение; работа и проживание в условиях загазованной или запылённой атмосферы, длительная обездвиженность, избыточная масса тела, запор и вздутие кишечника, травмы грудной клетки, недостаточная гигиена полости носа.

Возможные проявления:

- нарушение носового дыхания (выделения из носа, заложенность носа)
- одышка
- удушье
- кашель
- легочное кровохарканье и кровотечение
- боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- дефицит знаний о вреде курения

Сестринские вмешательства:

- обеспечить проветривание и кварцевание, увлажнение воздуха
- обеспечить гигиену носовой полости пациента
- придавать пациенту положение, облегчающее дыхание или улучшающее отхождение мокроты (дренажное)
 - провести беседу о вреде курения
 - выполнять назначения врача – подача кислорода, медикаменты, физио-процедуры
 - в случае удушья или легочного кровотечения – оказать неотложную доврачебную помощь

Потребность ЕСТЬ - осуществляет доставку в организм пищи – источника энергии и питательных веществ, необходимых для жизнедеятельности.

Факторы риска: отсутствие условий для регулярного приема пищи, привычка переедания и употребления фаст-фуда, отсутствие зубов.

Возможные проявления:

- нарушение аппетита
- ожирение или истощение
- авитаминоз
- диспепсические расстройства (отрыжка, изжога, тошнота, рвота)
- боли в полости рта, по ходу пищевода, в животе
- запах изо рта
- дефицит знаний о диетическом питании
- нарушение глотательного рефлекса
- травмы и ожоги полости рта и пищевода
- трудности с самостоятельным приемом пищи (слабость, паралич и тд)

Сестринские вмешательства:

- обеспечить пациента назначенным диетическим питанием
- обеспечить гигиену ротовой полости и уход за зубными протезами
- обеспечить помощь во время приема пищи или искусственное питание
- провести беседу о диетическом питании
- оказать помощь при рвоте

Потребность ПИТЬ - осуществляет доставку воды в организм, без которой невозможна жизнь, так как жизненно важные химические реакции в клетках протекают в водных растворах.

Факторы риска: употребление недоброкачественной воды, отсутствие условий для употребления воды в количестве 1500-2000мл в сутки при отсутствии противопоказаний, обильные понос, рвота и потоотделение, частое дыхание, лихорадка.

Возможные проявления:

- жажда
 - сухость во рту, сухость кожи и слизистых
 - запах изо рта
 - недостаточное выделение мочи (менее 500мл)
 - дефицит знаний о необходимости употребления воды в необходимом количестве
- дефицит знаний о возможных осложнениях (обезвоживание, пролежни, запор)

Сестринские вмешательства:

- обеспечить пациенту рациональный питьевой режим
 - обеспечить емкостью с водой в доступном месте
 - провести беседу о необходимости употребления доброкачественной воды и возможных осложнениях при нарушении питьевого режима
- вести наблюдение за количеством выпитой воды и выделенной мочи за сутки

Потребность ВЫДЕЛЯТЬ - выводит из организма вредные вещества, которые образуются в процессе жизнедеятельности и лишнюю воду. Эта потребность обеспечивается функцией мочевыделительной и пищеварительной систем, а также кожи и органов дыхания.

Факторы риска: диетические нарушения, малоподвижный образ жизни, отсутствие условий для осуществления дефекации и мочеиспускания.

Возможные проявления:

- понос

- запор
- повышенное газообразование
- нарушение мочеиспускания и мочеобразования
- малое количество мочи или ее отсутствие
- увеличенное количество мочи
- частое болезненное мочеиспускание
- отёки
- недержание мочи или кала
- изменения в анализах мочи или кала
- интоксикация организма
- избыточное потоотделение

Сестринские вмешательства:

- обеспечить пациенту предписанную диету и питьевой режим
- обеспечить пациента индивидуальным судном и мочеприёмником
 - обеспечить пациента подгузниками или урологическими прокладками при недержании
 - обеспечить гигиенические мероприятия после физиологических отправлений, смену белья и подгузников
 - обеспечить сбор мочи или кала по назначению врача
 - обеспечить уход при наличии отеков
 - провести беседу о характере предписанной диеты и необходимости её соблюдения
 - выполнять назначения врача

Потребность СПАТЬ И ОТДЫХАТЬ – восстанавливает силы организма, уменьшает волнение, озабоченность своим состоянием, ускоряет процесс выздоровления.

Факторы риска: неудобная постель, некомфортный микроклимат в помещении, шум и резкий свет, нарушения режима, болевые ощущения

Возможные проявления:

- бессонница
- прерывистый сон
- признаки усталости, вялость, потухший взгляд, бедная мимика.
- зевота
- храп и апноэ во сне

Сестринские вмешательства:

- обеспечить пациенту удобную постель
- обеспечить подачу судна перед сном
- исключить обильный прием пищи и жидкости перед сном
- обеспечить соблюдение режима
- обеспечить проветривание, оптимальную температуру в

помещении, тишину и приглушенный свет

- исключить обильный прием пищи и жидкости перед сном
- провести беседу о необходимости достаточного отдыха
- обеспечить врачебные назначения – обезболивание, снотворные

Потребность ПОДДЕРЖИВАТЬ ПОСТОЯННУЮ

ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА – обеспечивает температурное постоянство внутренней среды человека путём регуляции теплопродукции и теплоотдачи организма, одеждой по сезону, поддержанием микроклимата в помещении.

Факторы риска: нарушение теплового режима в помещении, неправильный выбор постельного и нательного белья.

Возможные проявления:

- озноб
- ломота в теле, суставах
- головная боль
- чувство жара
- покраснение кожи и конъюнктивы глаз
- сухость кожи и слизистых, трещины на губах

- изменение температуры тела (ниже 36⁰С или выше 37⁰С)

Сестринские вмешательства:

- обеспечить пациенту покой, соблюдение режима
- обеспечить уход за кожей и слизистыми пациента, смену белья
- обеспечить пациенту легкое витаминизированное питание и обильное питьё

- обеспечить проветривание, оптимальную температуру в помещении

- при необходимости согреть или охладить пациента
- обеспечить измерение профиля температуры тела пациента, вести наблюдение за общим состоянием

- обеспечить врачебные назначения – обезболивание, снотворные

Потребность БЫТЬ ЧИСТЫМ – обеспечивает оптимальное функционирование кожи и слизистых оболочек, способствует психологическому комфорту.

Факторы риска: отсутствие средств и условий для гигиенических мероприятий, недостаточная самостоятельность, некачественный уход.

Возможные проявления:

- кожный зуд
- боль и жжение в области естественных складок
- изменение кожи в области естественных складок
- изменение видимых слизистых
- налет на зубах, неприятный запах изо-рта
- неприятный запах от тела и одежды
- грязное белье
- неухоженные ногти
- грязные волосы
- дефицит знаний о личной гигиене

Сестринские вмешательства:

- обеспечить ежедневный гигиенический уход за кожей и видимыми слизистыми

- обеспечить смену нательного и постельного белья
- обеспечить уход за волосами и ногтями
- обучить пациента навыкам личной гигиены
- провести беседу о возможных осложнениях при нарушении

гигиены

Потребность ДВИГАТЬСЯ - укрепляет мускулатуру, улучшает кровообращение, питание клеток и тканей, выделение вредных веществ из организма, улучшает работу внутренних органов, поддерживает настроение.

Факторы риска: гиподинамия, избыточная масса тела, назначенное ограничение двигательной активности, отсутствие конечностей, тяжелое состояние, наличие паралича, слабость, расстройство психики.

Возможные проявления:

- пассивное или вынужденное положение в постели, строгий постельный режим

- боль и изменения в суставах нижних конечностей
- травма, отсутствие нижних конечностей, наличие фиксирующей

повязки

- нарушение походки
- выраженная слабость, головокружение при перемещении

Сестринские вмешательства:

- обеспечить удобное расположение пациента в постели с учетом биомеханики суставов

- обеспечить уход за обездвиженным пациентом в постели (гигиена, питание, физиологические отправления)

- обеспечить профилактику возможных осложнений из-за обездвиженности

- снабдить пациента средствами для перемещения

- оказывать помощь при перемещении
- провести беседу о гиподинамии и её последствиях

Потребность БЫТЬ ЗДОРОВЫМ – отражает стремление человека к здоровью, независимость в удовлетворении основных жизненно важных потребностей.

Факторы риска: генетическая предрасположенность, снижение иммунитета, переутомление, неблагоприятная экология, профессиональные вредности, некомфортное жилье.

Возможные проявления:

- наличие заболевания в остром периоде или в процессе выздоровления
- инвалидность
- врожденная патология
- дефицит знаний о своем заболевании, его проявлениях и профилактике обострений

Сестринские вмешательства:

- обеспечить квалифицированный уход
- обеспечить выполнение врачебных назначений
- обучить диетическому питанию, правилам приема лекарственных препаратов, самоконтролю за симптомами заболевания

Потребность ОБЩАТЬСЯ – позволяет налаживать взаимоотношение с окружающими, организовать совместную деятельность, получать информацию, укреплять безопасность, улучшает настроение и психологическую стабильность.

Факторы риска: обездвиженность, нарушение зрения, слуха, речи, неумение читать и писать, незнание языка, психологические особенности.

Возможные проявления:

- глухота, пониженный слух, звон в ушах, ушная пробка

- немота, заикание, болевые ощущения во рту и в голосовых связках

- слепота, сужение полей зрения, близорукость или дальнозоркость
- замкнутость, аутизм, стремление к самоизоляции
- неграмотность
- дефицит общения с семьей

Сестринские вмешательства:

- обеспечить очками, слуховым аппаратом
- обеспечить уход за ушами, глазами, полостью рта
- наладить каналы эффективного общения с пациентом
- организовать общение пациента с соседями по палате
- организовать свидания с родственниками
- обеспечить прослушивание радио и просмотр телепередач, чтение книг, газет и журналов

Практическое занятие по теме: «Уход за пациентом в послеоперационном периоде в условиях стационара».

Цель: готовность использовать знания и практические навыки по уходу за пациентом в послеоперационном периоде.

Задачи:

Знать:	Уметь:
Что такое послеоперационный период	Определить нарушенные потребности
Стадии послеоперационного периода	
Возможные осложнения	Обработать ротовую полость пациента.
Возможные нарушенные потребности пациента	
Алгоритмы: - обработка ротовой полости - бинтование ног эластичным бинтом	Бинтовать ноги эластичным бинтом.
Алгоритм действий при неотложном состоянии (кровотечение)	Оказать помощь при кровотечении

Ситуационная задача:

Больной Жуковой А.С. 56 лет, произведена операция холицистэктомия по поводу удаления желчного пузыря. На 2 сутки после операции пациентка пожаловалась на слабость, головокружение, тошноту. Была однократная рвота цветом «кофейной гущи».

Визуально медицинская сестра обнаружила пропитанную насквозь повязку кровью, бледность кожных покровов, температура тела 36,7С, АД 90/60.

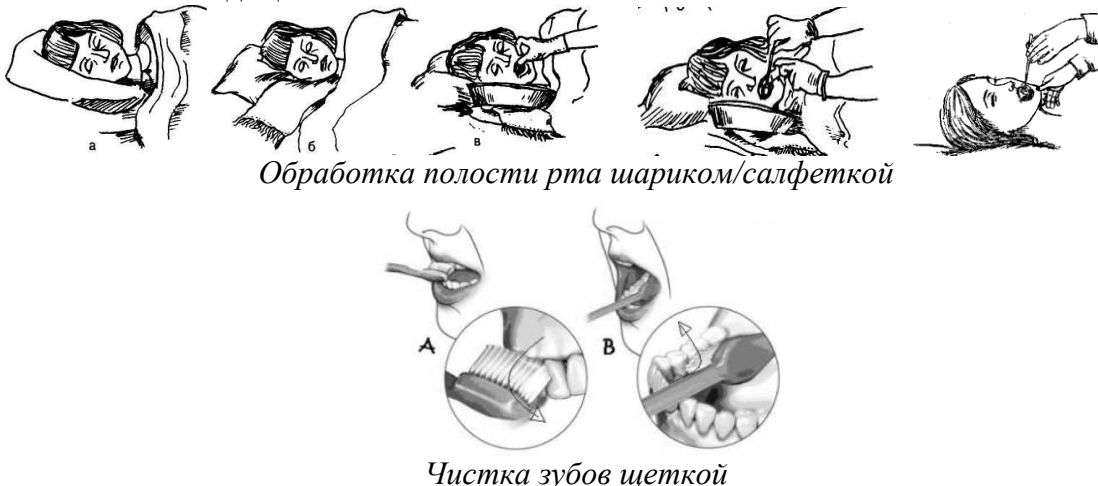
Задания:

1. Оцените состояние пациентки?
2. Определите нарушенные потребности пациентки?
3. Каковы действия медицинской сестры?

**1. Технология медицинского вмешательства
«УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА»**

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении медицинского вмешательства	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне Процедура выполняется в нестерильных перчатках
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, медицинские изделия	Пинцет Зажим Лоток Роторасширитель
5.2.	Лекарственные средства	Стерильный глицерин Антисептический раствор для обработки полости рта пациента (2% раствор натрия гидрокарбоната или 0,02% фурацилина) – 200,0 мл. Вазелин
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук Пеленка Салфетки/шарики стерильные Перчатки нестерильные Клеёнчатый мешок для сбора использованного белья Ёмкость для текущей дезинфекции Ёмкость для дезинфекции медицинских изделий Ёмкости для отходов по классам опасности
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства	
6.1.	<p>1. Подготовка:</p> <p>1.1. Обработать руки на гигиеническом уровне. 1.2. Приготовить все необходимое для процедуры. 1.3. Надеть перчатки. 1.4. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>2. Выполнение:</p> <p>2.1. Придать пациенту удобное положение в постели: – на спине, с приподнятым головным концом под углом 45⁰; – лежа на боку;</p>	

	<p>– лежа на животе (на спине), повернув голову на бок.</p> <p>2.2. Под голову пациента положить пеленку.</p> <p>2.3. В стерильный лоток пинцетом поместить шарики/салфетки, часть залить фурацилином</p> <p>2.4. Взять зажимом стерильную марлевую салфетку, слегка отжать.</p> <p>2.5. Провести чистку зубов, начиная с задних. Последовательно вычистить внутреннюю, и наружную поверхности зубов, выметающими движениями от десны к жевательной поверхности, меняя салфетки после каждого движения или по мере загрязнения.</p> <p>2.6. Обработать жевательную поверхность круговыми движениями.</p> <p>2.7. Обработать небо и щеки движением сзади кпереди</p> <p>2.8. Попросить пациента высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта.</p> <p>2.9. Салфеткой, смоченной антисептическим раствором, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику.</p> <p>2.10. Сухими салфетками промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.</p> <p>2.11. Обработать верхнюю и нижнюю губу тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).</p> <p>2.12. При сухости языка, смазать его стерильным глицерином.</p> <p>2.13. Помочь пациенту занять удобное положение, проконтролировать его состояние</p> <p>3. Окончание:</p> <p>3.1. Погрузить медицинские изделия многоразового использования в дезинфицирующий раствор.</p> <p>3.2. Утилизировать отходы по классам опасности.</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить в емкость для отходов, обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>3.4. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения медицинского вмешательства</p> <p>Если пациент может прополоскать рот - использовать для обработки зубную пасту и индивидуальную зубную щетку.</p> <p>Возможна обработка полости рта салфеткой на пальце.</p> <p>Можно использовать метод орошения.</p> <p>При наличии съемных зубных протезов, после приема пищи вынуть их и обработать отдельно полость рта, отдельно протезы.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Полость рта обработана согласно алгоритму</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении медицинского вмешательства и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры.</p> <p>Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение процедуры не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения медицинского вмешательства</p>

	<p>Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации</p>
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное предоставление технологий выполнения медицинского вмешательства</p>  <p><i>Обработка полости рта шариком/салфеткой</i></p> <p><i>Чистка зубов щеткой</i></p>

2. Алгоритм бинтования ног эластическим бинтом:

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, рассказать ему о цели и ходе процедуры.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. При необходимости обработать кожу нижних конечностей пациента теплой водой с мылом, протереть насухо, смазать кремом.

II. Выполнение процедуры

1. Повязку накладывать при тыльном сгибании стопы на 90 гр.
2. Повязка должно достигать проксимальных суставов пальцев стопы и захватывать пятку. Дистальные фаланги пальцев стопы оставить открытыми для контроля (рисунок 1).
3. Рулон бинта раскручивать наружу, в непосредственной близости от кожных покровов.
4. Давление бинта плавно ослаблять от лодыжки в проксимальном направлении.

5. Для предотвращения пролежней кожи на лодыжки в области большеберцовой кости положить поролоновые или латексные прокладки.

6. Закрепить бинт на бедре клейкой полоской

7. Аналогичным образом провести бинтование на другой ноге.

III. Окончание процедуры.

1. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции.

2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

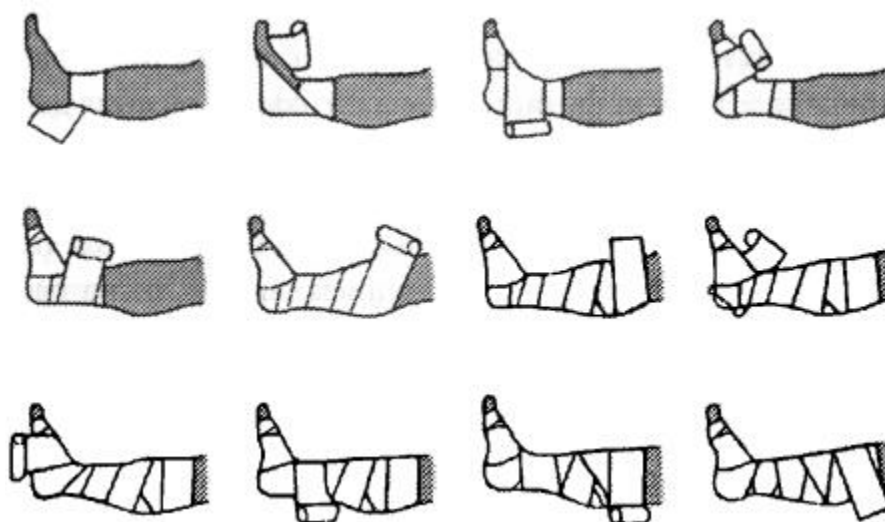


Рис. 1. Формирование компрессионной повязки с помощью эластичного бинта

Данных о преимуществах того или иного способа бинтования (спиральное, в виде восьмерки, циркулярное и др.) нет. Отличительная черта хорошо наложенного компрессионного биндажа – обеспечение достаточно высокого давления при ходьбе, что обеспечивает прерывистую компрессию вен с комфортным давлением покоя. Признаком того, что эластический биндаж наложен правильно, является легкое посинение кончиков пальцев, которое исчезает при начале движения. Признаком неправильного

формирования бандажа является выраженный отек в дистальных отделах конечности после снятия повязки.

Компрессионная повязка с помощью эластичных бинтов может меняться ежедневно или накладываться на более длительный срок (1–3 недели). В первом случае бандаж накладывают утром до подъема с постели и снимают перед сном. Бесшменное ношение компрессионной повязки в течение нескольких дней или недель требуется, как правило, при наличии трофической язвы нижней конечности в стадии грануляции или эпителизации. Такие повязки состоят из нескольких слоев. На трофическую язву накладывают топическое лекарственное средство и покрывают слоем хлопчатобумажного бинта, а затем накладывают эластичный бинт.

Алгоритм надевания эластических чулок

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, рассказать ему о цели и ходе процедуры.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. При необходимости обработать кожу нижних конечностей пациента теплой водой с мылом, протереть насухо, смазать кремом.

II. Выполнение процедуры

1. Вывернуть чулок (кроме части, надеваемой на стопу) наизнанку.
2. Надеть чулок на пальцы ног и стопу пациента
3. Обеими руками натянуть чулок на ногу до полного расправления, разглаживая по мере натягивания.
4. Аналогичным образом надеть второй чулок.

III. Окончание процедуры.

1. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

При выполнении манипуляций по обеспечению эластической компрессии могут быть допущены ошибки, которые приводят к осложнениям [1]. А именно:

1) Неправильное наложение эластичного бинта может привести к ухудшению состояния пациента. Например, слишком тугое наложение эластичной повязки может вызвать появление болей у пациента.

2) Неровное расположение бинта, короткая повязка, наложенная до середины голени, а не до коленного сустава или до середины бедра, вызывают неправильное распределение компрессии.

3) Применение старого бинта, утратившего эластичные свойства, не обеспечит нужный профилактический или лечебный эффект.

4) Фиксация изделия с помощью иголок и булавок вместо специальных зажимов или лейкопластыря, может привести к поражению мягких тканей.

Для профилактики осложнений, вызванных неправильным выполнением манипуляций по обеспечению эластической компрессии нижних конечностей младшему медицинскому персоналу необходимо:

1) Соблюдать правила асептики и антисептики.

2) Выполнять манипуляции в нужной последовательности, согласно алгоритму.

3) Соблюдать технику выполнения манипуляций по обеспечению эластической компрессии нижних конечностей (не допускать перегибов эластичного бинта, неровного расположения бинта, короткой повязки и др.).

4) Не допускать использования старых бинтов, утративших эластичные свойства.

5) Для фиксации изделий использовать только специальные зажимы или лейкопластырь.

3. Сестринские вмешательства при желудочно-кишечном кровотечении

Цель: облегчить общее состояние, уменьшить кровотечение.

1. Вызвать врача через посредника.
2. Придать пациенту положение, лежа на спине с приподнятыми ногами (положение Тренделенбурга), повернуть голову набок для предупреждения аспирации
3. Успокоить пациента; снять психоэмоциональное напряжение, обеспечить тишину.
4. Убрать стесняющую одежду, обеспечить проветривание.
5. Поместить пузырь со льдом на эпигастральную область.
6. Обеспечить постоянное наблюдение за состоянием пациента (внешний вид, ЧДД, АД, пульс).
7. Выполнять назначения врача (кровоостанавливающие).
8. Обеспечить пациента индивидуальной пеленкой и лотком при повторной рвоте.
9. Исключить прием пищи и жидкости.
10. Исключить тепловые процедуры и интенсивные физические движения.
11. Обеспечить туалет полости рта.

Контрольные вопросы:

1. Что такое послеоперационный период?
2. Возможные осложнения в послеоперационном периоде?
3. Что такое нарушенные потребности?
4. Для чего необходимо одевать пациенту эластичные бинт на нижние конечности?
5. Для чего проводится обработка ротовой полости в послеоперационном периоде?

Инфраструктурный лист

№	Наименование	Техническое описание	Ед. измерения	Кол-во
1.	Перчатки не стерильные		шт	2
2.	Пинцет		шт	1
3.	Зажим		шт	1
4.	Лоток		шт	2
5.	Роторасширитель		шт	1
6.	Антисептический раствор для обработки полости рта пациента (2% раствор натрия гидрокарбоната или 0,02% фурацилина)		мл	200мл
7.	Стерильный глицерин		шт	1
8.	Вазелин		шт	1
9.	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук		шт	1
10.	Кожный антисептик – для обработки рук		шт	1
11.	Пеленка		шт	2
12.	Салфетки/шарики стерильные		шт	5
13.	Клеёнчатый мешок для сбора использованного белья		шт	1
14.	Ёмкость для текущей дезинфекции		шт	1
15.	Ёмкость для дезинфекции медицинских изделий		шт	1
16.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1
17.	Эластичные бинты		шт	2
18.	Пузырь со льдом		шт	1

1. Симптомы ХОБЛ
2. Осложнения ХОБЛ
3. Особенности ухода за пациентами с ХОБЛ:
4. Потребности пациента

1. Определение (GOLD 2014) Глобальная инициатива по диагностике, лечению и профилактике хронической обструктивной болезни легких (GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

ХОБЛ – заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с выраженным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ (GOLD 2014).

В настоящее время ХОБЛ является глобальной проблемой. В некоторых странах мира распространенность ХОБЛ очень высока (свыше 20% в Чили), в других – меньше (около 6% в Мексике). Причинами такой вариабельности служат различия в образе жизни людей, их поведении и контакте с разнообразными повреждающими агентами.

Распространенность ХОБЛ увеличивалась с возрастом: в возрастной группе от 50 до 69 лет заболеванием страдали 10,1% мужчин в городе и 22,6% – в сельской местности. Практически у каждого второго мужчины в возрасте старше 70 лет, проживающего в сельской местности, была диагностирована ХОБЛ.

2. Причины ХОБЛ

Среди причин, вызывающих развитие хронической обструктивной болезни легких, 90-95% отводится табакокурению. Среди прочих факторов (около 5%) выделяют производственные вредности (вдыхание вредных газов и частиц), респираторные инфекции детского возраста, сопутствующую бронхолегочную патологию, состояние экологии. У менее, чем 1% пациентов, в основе ХОБЛ лежит генетическая предрасположенность,

выражающаяся в [дефиците альфа1-антитрипсина](#), образующегося в тканях печени и защищающего легкие от повреждений ферментом эластазой.

ХОБЛ является профессиональным заболеванием шахтеров, железнодорожников, строителей, контактирующих с цементом, рабочих целлюлозно-бумажной и металлургической промышленности, сельхозрабочих, занятых переработкой хлопка и зерна. Среди профессиональных вредностей в числе причин развития ХОБЛ лидируют:

- контакты с [кадмием](#) и кремнием
- обработкой металлов
- вредная роль продуктов, образующихся при сгорании топлива.

3. Симптомы ХОБЛ

На ранних стадиях хроническая обструктивная болезнь легких протекает скрытно и не всегда выявляется вовремя. Характерная клиника разворачивается, начиная со среднетяжелой стадии ХОБЛ.

Течение ХОБЛ характеризуется кашлем с мокротой и одышкой. На ранних стадиях беспокоит эпизодический [кашель](#) с выделением [слизистой мокроты](#) (до 60 мл в сутки) и одышка при интенсивных нагрузках; по мере прогрессирования тяжести заболевания кашель становится постоянным, [одышка](#) ощущается в покое. С присоединением инфекции течение ХОБЛ обостряется, характер мокроты становится [гнойным](#), ее количество увеличивается. Течение ХОБЛ может развиваться по двум типам клинических форм:

- **Бронхитическому типу.** У пациентов с бронхитическим типом ХОБЛ преобладающими проявлениями служат гнойные воспалительные процессы в бронхах, сопровождающиеся интоксикацией, кашлем, обильным отделением мокроты. Бронхиальная обструкция выражена значительно, легочная эмфизема - слабо. Эту группу пациентов условно именуют «синими отёчниками» ввиду диффузно-синего цианоза кожных покровов. Развитие осложнений и терминальная стадия наступают в молодом возрасте.

- **Эмфизематозному типу.** При развитии ХОБЛ по эмфизематозному типу на первый план в симптоматике выходит экспираторная одышка (с затрудненным выдохом). Эмфизема легких преобладает над бронхиальной обструкцией. По характерному внешнему виду пациентов (розово-серый цвет кожных покровов, бочкообразная грудная клетка, [кахексия](#)) их называют «розовыми пыхтельщиками». Имеет более доброкачественное течение, пациенты, как правило, доживают до пожилого возраста.

4. Осложнения

Прогрессирующее течение хронической обструктивной болезни легких может осложняться [пневмонией](#), острой или хронической дыхательной недостаточностью, [спонтанным пневмотораксом](#), пневмосклерозом, вторичной [полицитемией](#) (эритроцитозом), застойной [сердечной недостаточностью](#) и т. д. В тяжелой и крайне тяжелой степени ХОБЛ у пациентов развиваются [легочная гипертензия](#) и легочное сердце. Прогрессирующее течение ХОБЛ ведет к изменениям бытовой активности пациентов и снижению качества их жизни.

5. Особенности ухода за пациентами с ХОБЛ:

Медсестра:

- точно и тщательно выполняет назначения врача
- оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях
- ведет контроль приема медикаментов, переносимости лекарственных средств
- своевременно выявляет симптомы побочных эффектов от приема лекарственных средств
- следит за количеством и характером мокроты
- осуществляет контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, суточного диуреза, температуры тела
- обучает пациента (родственников) проведению кислородотерапии

- проводит подготовку пациентов лабораторным и инструментальным исследованиям
- оказывает помощь врачу при проведении различных врачебных вмешательств
- контролирует выполнение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание и проветривание палат, обеспечение пациента индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция и др.)
- осуществляет уход за кожей, слизистыми оболочками
- осуществляет своевременную смену нательного и постельного белья
- проводит контроль за соблюдением правил гигиены при физиологических отравлениях
- проводит обучение пациентов кашлевой культуре, правилам выполнения дренажных положений, правилам приема лекарств – обучение приемам ЛФК
- проводит беседы о значении дыхательной гимнастики, о характере питания, о мерах по предупреждению осложнений ХОБЛ, о вреде курения

Практическое занятие по теме: «Уход за пациентом с ХОБЛ в условиях стационара».

Цель занятия: готовность использовать знания и практические навыки в уходе за пациентами с заболеванием ХОБЛ в условиях стационара.

Задачи:

Знать

Понятие и причины возникновения ХОБЛ.

Симптомы ХОБЛ (кашель, мокрота, одышка, удушье).

Уметь

Определить нарушенные потребности.

Оказывать помощь пациенту при

одышке и удушье.

Потребности пациента.

Алгоритмы:

- подачи кислородной подушки;
- положение пациента относительно постели (положение Фаулера);
- измерение частоты дыхания

Уметь выполнять алгоритмы:

- подачи кислородной подушки;
- положение пациента относительно постели (положение Фаулера);
- измерение частоты дыхания

Ситуационная задача:

В пульмонологическом отделении пациент, Петров А.А. 58 лет, с диагнозом ХОБЛ, медицинской сестре пожаловался на сильную одышку. Визуально: пациент сидит, опершись руками на край кровати, дышит тяжело, затруднен как вдох, так и выдох. Из анамнеза работает инженером, при плановом поступлении предъявлял жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со скудной слизистой мокротой, преимущественно утром. Курит 40 лет по 20 сигарет в сутки, беспокоит умеренный кашель со слизистой мокротой много лет на фоне курения. 5 лет назад стал ощущать одышку при физической нагрузке, которая постепенно прогрессирует. Обострение болезни - два раза в год на фоне простуды. Лечение амбулаторное. Туберкулезом не болел. Профессиональных вредностей не было.

Задания:

1. Оцените состояние пациента?
2. Определите нарушенные потребности пациента?
3. Каковы действия медицинской сестры?
4. Измерьте ЧДД.
5. Выполните подачу кислородной подушки пациенту.

Уход при одышке

Цель: облегчить дыхание, не допустить удушье.

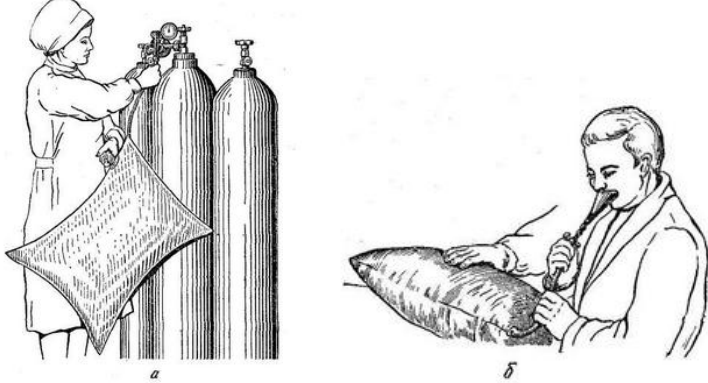
1. Сообщить врачу.

2. Успокоить пациента.
3. Приподнять изголовье кровати, придать комфортное положение с возвышенным изголовьем.
4. Обеспечить проветривание, расстегнуть воротник, откинуть одеяло.
5. Запретить пациенту курение.
6. Оказывать пациенту помощь в самообслуживании.
7. Вести наблюдение за общим состоянием, пульсом, АД, ЧДД.
8. По назначению врача осуществлять подачу кислорода, введение лекарственных препаратов.

**Технология медицинского вмешательства
«ИНГАЛЯЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ КИСЛОРОДА
ПРИ ПОМОЩИ КИСЛОРОДНОЙ ПОДУШКИ»**

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении медицинского вмешательства	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне Постановка носового катетера проводится в нестерильных перчатках Четкое соблюдение нормативных документов, правил ТБ
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные, амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: профилактическое, лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, медицинские изделия	Маска кислородная Кислородная подушка
5.2.	Лекарственные средства	
5.3.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук Ёмкость для смачивания салфеток Питьевая вода

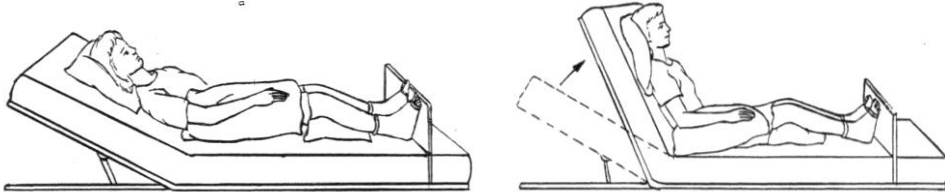
	<p>Нестерильные перчатки Стерильные марлевые салфетки Ёмкости для текущей дезинфекции Ёмкости для отходов по классам опасности</p>
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства
6.1.	<p>1. Подготовка:</p> <p>1.1. Обработать руки на гигиеническом уровне. 1.2. Приготовить все необходимое для процедуры, проверить исправность аппаратуры. 1.3. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>2. Выполнение:</p> <p>2.1. Заполнить подушку кислородом:</p> <ul style="list-style-type: none"> – строго соблюдать правила безопасности при работе с кислородным баллоном (убедиться, что баллон голубого цвета, имеет клеймо производителя, оснащен редуктором и манометром, установлен в металлическое гнездо и закреплен ремнями, защищен от прямого воздействия солнечного света и не находится в непосредственной близости от отопительных приборов и источников открытого огня, не допускать попадания масла на штуцер баллона) – подойдя к баллону встать так, чтобы выходное отверстие штуцера было направлено от работающего; – соединить трубку подушки с редуктором кислородного баллона; – открыть зажим на резиновой трубке подушки; – открыть вентиль и наполнить подушку кислородом; – закрыть вентиль баллона; – закрыть зажим на трубке подушки и отсоединить ее от баллона. <p>2.2. Присоединить к подушке воронку, наложить и зафиксировать на ней влажную салфетку. 2.3. Помочь пациенту занять положение Фаулера. 2.4. Расположить подушку сбоку от пациента, открыть зажим на подушке. 2.5. Поднести воронку ко рту пациента и предложить ему делать вдох через рот, а выдох через нос. 2.6. Процесс поступления кислорода регулировать надавливанием на угол подушки. Когда кислорода в подушке останется мало - скручивать подушку. 2.7. Помочь пациенту занять удобное положение, проконтролировать его состояние.</p> <p>3. Окончание:</p> <p>3.1. Провести дезинфекцию медицинских изделий многократного использования 3.2. Утилизировать отходы по классам опасности 3.3. Снять перчатки, поместить их в ёмкость для отходов, обработать руки на гигиеническом уровне. 3.4. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения медицинского вмешательства</p> <p>Для оксигенотерапии используют газовую смесь, содержащую 40-60% кислорода. Кислород должен подаваться в увлажненном виде. Если кислород подается через носовой катетер, то кожа в области носа и сам катетер нуждаются в тщательном уходе (убрать пластырь, с помощью салфетки смоченной в теплой воде, протереть катетер и снять накопившиеся выделения, осмотреть и обработать кожу, зафиксировать катетер)</p>

8.	Достижимые результаты и их оценка Ингаляция кислорода проведена
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении медицинского вмешательства и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациентки
10	Параметры оценки и контроля качества выполнения медицинского вмешательства Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения медицинского вмешательства  <i>Подача кислорода из кислородной подушки</i>

**Технология медицинского вмешательства
«РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ»**


1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении медицинского вмешательства	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне Процедура выполняется в нестерильных перчатках
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные	

4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, медицинские изделия	Функциональная кровать Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки) Простыни для переворачивания
5.2.	Лекарственные средства	
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук Перчатки нестерильные Ёмкость для текущей дезинфекции Ёмкости для отходов по классам опасности
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства	
6.1.	<p>1. Подготовка:</p> <p>1.1. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки</p> <p>1.2. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>1.3. Приготовить комплект чистого белья (пододеяльник, простынь, наволочка).</p> <p>1.4. Убедиться, что в кровати нет личных вещей пациента.</p> <p>1.5. Закрепить тормоза кровати</p> <p>1.6. Опустить боковое ограждение кровати, убедиться в ее горизонтальном положении, отрегулировать высоту для удобства манипуляции.</p> <p>2. Выполнение:</p> <p style="text-align: center;">Размещение пациента в положении Фаулера</p> <p>2.1. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.</p> <p>2.2. Поднять изголовье кровати под углом 45-60⁰С (или положить три подушки).</p> <p>2.3. Подложить подушки или сложенное одеяло под колени и голени пациента так, чтобы пятки не касались постели.</p> <p>2.4. Если кровать функциональная, то на поднятое изголовье подложить под голову пациента небольшую подушку.</p> <p>2.5. Подложить под предплечья и кисти подушки, если пациент не может самостоятельно двигать руками. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз, в ладони вложить небольшие валики для придания физиологического положения кисти.</p> <p>2.6. Подложить пациенту под поясницу небольшую подушку или валик.</p> <p>2.7. Обеспечить упор для стоп под углом 90⁰С.</p> <p>2.8. Расправить постельное и нательное белье</p> <p>2.9. Проконтролировать состояние пациента.</p> <p style="text-align: center;">Размещение пациента в положении «лежа на спине»</p> <p>2.1. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.</p> <p>2.2. Поместить под голову пациента одну подушку.</p> <p>2.3. Подложить под предплечья и кисти подушки, если пациент не может самостоятельно двигать руками.</p> <p>2.3. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз, в ладони вложить небольшие валики для придания физиологического положения кисти.</p> <p>1.4. Подложить пациенту под поясницу небольшую подушку или валик.</p> <p>2.5. Подложить подушки или сложенное одеяло под колени и голени пациента так, чтобы пятки не касались постели.</p>	

	<p>2.6. Обеспечить упор для стоп под углом 90⁰С.</p> <p>2.7. Расправить постельное и нательное белье</p> <p>2.8. Проконтролировать состояние пациента.</p> <p>3. Окончание:</p> <p>3.1. Снять перчатки, поместить в ёмкость для отходов, обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>3.2. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения медицинского вмешательства</p> <p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.</p> <p>При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела</p> <p>Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.</p> <p>Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент размещен</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении медицинского вмешательства и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения медицинского вмешательства</p> <p>Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры.</p> <p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги</p> <p>Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации</p>
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное предоставление технологий выполнения медицинского вмешательства</p> <div style="text-align: center;">  <p><i>Положение Фаулера</i></p> </div>

**Технология медицинского вмешательства
«ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ»**

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении манипуляции	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные, амбулаторно-поликлинические, санаторно-курортные, транспортные	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, медицинские изделия	Секундомер
5.2.	Лекарственные средства	
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства и	
6.1.	<p>1. Подготовка:</p> <p>1.1. Проверить исправность секундомера.</p> <p>1.2. Обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>1.3. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>2. Выполнение:</p> <p>2.1. Предложить пациенту (или помочь) принять удобное положение - сидя или лежа.</p> <p>2.2. Взять пациента за руку как для подсчета пульса (чтобы отвлечь его внимание).</p> <p>2.3. Поместить другую руку на грудную клетку (у женщин) или эпигастральную область (у мужчин).</p> <p>2.4. Подсчитать частоту дыхательных движений за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение).</p> <p>3. Окончание:</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат подсчета числа дыхательных движений.</p> <p>3.2. Обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>3.3. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения медицинского вмешательства</p> <p>Подсчет дыхательных движений следует проводить в спокойной обстановке. Если дыхание ритмичное, возможен подсчет дыхательных движений за 30 секунд, при этом полученный результат следует удвоить.</p> <p>Число дыхательных движений в одну минуту, у здорового человека в покое, колеблется от 16 до 20.</p>	
8.	Достижимые результаты и их оценка	

	Частота дыхания определена
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении медицинского вмешательства и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения медицинского вмешательства</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения.</p> <p>Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.</p> <p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством выполнения.</p> <p>Наличие записи о выполнении в медицинской документации.</p>
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения медицинского вмешательства</p> <div style="text-align: center;">  <p><i>Измерение частоты дыхания</i></p> </div>

Здание к Теме:

Выполните тест:

1. ХОБЛ заболевание вызывающее порожение?
 - 1) Сердца
 - 2) Желудка
 - 3) Печени
 - 4) Легких
2. Основной причиной ХОБЛ является?
 - 1) Табакокурение
 - 2) Вирусные инфекции
 - 3) Аллергические реакции
 - 4) Малоактивный образ жизни
3. Какие профессии относятся к профессиональным заболеваниям ХОБЛ?
 - 1) Шахтеров
 - 2) Медицинских работников
 - 3) Строителей

- 4) Электриков
4. Что относится к основным признакам ХОБЛ?
- 1) Кашель, мокрота
 - 2) Выделение мокроты, одышка
 - 3) Одышка, лихорадка
 - 4) Кашель, мокрота, одышка
5. Осложнения при ХОБЛ?
- 1) Бронхит
 - 2) Ларингит
 - 3) Одышка
 - 4) Дыхательная недостаточность
6. Какое положение тела придается пациенту при одышке?
- 1) Дренажное
 - 2) Фаулера
 - 3) Симса
 - 4) Коленно-локтевое
7. Для чего необходима кислородная подушка?
- 1) Подача кислорода при кашле
 - 2) Подача кислорода при приступах одышки
 - 3) Для искусственной вентиляции легких

Ответы

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

Место для записей

Эталоны ответов:

№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
4	1	1	4	4
№ 6	№ 7			
2	2			

Критерии оценивания:

7 верных ответов – «5»

6 верных ответов – «4»

5 – 4 верных ответов – «3»

Менее 4 верных ответов – «2»

Материально-техническое обеспечение

Инфраструктурный лист

№	Наименование	Техническое описание	Ед. измерения	Кол-во
19.	Маска кислородная		шт	1
20.	Кислородная подушка		шт	1
21.	Дозированное жидкое мыло – для обработки рук		шт	1
22.	Кожный антисептик – для обработки рук		шт	1
23.	Ёмкость для смачивания салфеток		шт	1
24.	Питьевая вода		мл	100мл
25.	Нестерильные перчатки		шт	3
26.	Стерильные марлевые салфетки		шт	1
27.	Ёмкости для текущей дезинфекции		шт	1
28.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1
29.	Функциональная кровать		шт	1
30.	Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки)		шт	3
31.	Упор для ног		шт	1

Тема 3.3. Краткое описание вирусной пневмонии, потребности пациента.

Патронаж пациента на дому после перенесенной вирусной пневмонии.

План:

1. Определение вирусной пневмонии
2. Причины вирусной пневмонии
3. Симптомы вирусной пневмонии
4. Диагностика вирусной пневмонии
5. Прогноз и профилактика вирусной пневмонии
6. Особенности ухода за пациентами с пневмонией

1. Вирусная пневмония – острое воспаление респираторных отделов легких, вызываемое вирусными возбудителями, протекающее с синдромом интоксикации и дыхательных расстройств. В детском возрасте на долю вирусных пневмоний приходится порядка 90% всех случаев воспаления легких. В структуре взрослой заболеваемости преобладают бактериальные пневмонии, а вирусные составляют 4–39% от общего числа (чаще болеют лица старше 65 лет). Частота возникновения вирусных пневмоний тесно связана с эпидемиологическими вспышками ОРВИ – их подъем приходится на осенне-зимний период. В пульмонологии различают первичную вирусную пневмонию (интерстициальную с доброкачественным течением и геморрагическую со злокачественным течением) и вторичную (вирусно-бактериальную пневмонию – раннюю и позднюю).

2. Причины вирусной пневмонии

Спектр возбудителей вирусной пневмонии чрезвычайно широк. Наиболее часто этиологическими агентами выступают вирусы гриппа А и В,

парагриппа, аденовирус. Лица с иммунодефицитами более других подвержены вирусным пневмониям, вызванным вирусом герпеса и цитомегаловирусом. Реже диагностируются пневмонии, инициированные энтеровирусами, хантавирусом, метапневмовирусом, вирусом Эпштейна-Барр. SARS-ассоциированный коронавирус является возбудителем тяжелого острого респираторного синдрома, более известного как атипичная пневмония. У детей младшего возраста вирусные пневмонии нередко вызываются респираторно-синцитиальным вирусом, а также вирусами кори и ветряной оспы.

Первичная вирусная пневмония манифестирует в первые 3 суток после инфицирования, а спустя 3-5 дней присоединяется бактериальная флора, и пневмония становится смешанной - вирусно-бактериальной. К числу лиц, имеющих повышенный риск заболеваемости вирусной пневмонией, относятся дети раннего возраста, пациенты старше 65 лет, лица с ослабленным иммунитетом, сердечно-легочной патологией (пороками сердца, тяжелой артериальной гипертензией, ИБС, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, эмфиземой легких) и другими сопутствующими хроническими заболеваниями.

Передача вирусов осуществляется воздушно-капельным путем при дыхании, разговоре, чиханье, кашле; возможен контактно-бытовой путь заражения через контаминированные предметы обихода. Вирусные частицы проникают в респираторные отделы дыхательных путей, где адсорбируются на клетках бронхиального и альвеолярного эпителия, вызывают его пролиферацию, инфильтрацию и утолщение межальвеолярных перегородок, круглоклеточную инфильтрацию перибронхиальной ткани. При тяжелых формах вирусной пневмонии в альвеолах обнаруживается геморрагический экссудат. Бактериальная суперинфекция значительно утяжеляет течение вирусной пневмонии.

3. Симптомы вирусной пневмонии

В зависимости от этиологического агента вирусные пневмонии могут протекать с различной степенью тяжести, осложнениями и исходами. Воспаление легких обычно присоединяется уже с первых дней течения ОРВИ.

Так, поражение респираторных отделов дыхательных путей является частым спутником аденовирусной инфекции. Начало пневмонии в большинстве случаев острое, с высокой температурой (38-39°), кашлем, выраженным фарингитом, конъюнктивитом, ринитом, болезненной лимфаденопатией. Температура при аденовирусной пневмонии держится длительно (до 10-15 суток), отличается большими суточными колебаниями. Характерен частый, короткий кашель, одышка, акроцианоз, разнокалиберные влажные хрипы в легких. В целом аденовирусную пневмонию отличает длительное сохранение клинико-рентгенологических изменений, склонность к рецидивирующему течению и осложнениям (плевриту, среднему отиту).

Заболеваемость вирусной пневмонией на фоне гриппа значительно увеличивается в периоды эпидемий респираторной инфекции. В этом случае на фоне типичной симптоматики ОРВИ (лихорадки, резкой слабости, миалгии, явлений катара верхних дыхательных путей) появляется заметная одышка, диффузный цианоз, кашель с мокротой ржавого цвета, хрипы в легких, боль в груди при вдохе. У детей выражены общий токсикоз, беспокойство, могут возникать рвота, судороги, менингеальные знаки. Гриппозная пневмония обычно носит двусторонний характер, о чем свидетельствуют аускультативные данные и рентгенологическая картина (очаговые затемнения в обоих легких).

Легкие случаи вирусной пневмонии, вызванной вирусом гриппа, характеризуются умеренно выраженной симптоматикой и заканчивается выздоровлением. Тяжелые формы протекают с постоянной высокой лихорадкой, дыхательной недостаточностью, коллапсом. Среди осложнений часты гриппозный энцефалит и менингит, отит, пиелонефрит. Присоединение вторичной бактериальной инфекции нередко приводит к возникновению абсцессов легкого или эмпиемы плевры. Возможен летальный исход в течение первой недели заболевания.

Парагриппозная пневмония чаще поражает новорожденных и детей раннего возраста. Она носит мелкоочаговый (реже сливной) характер и протекает на фоне катаральных явлений. Респираторные нарушения и интоксикационный синдром выражены умеренно, температура тела обычно не превышает субфебрильные значения. Тяжелые формы вирусной пневмонии при парагриппе у детей протекают с выраженной гипертермией, судорогами, анорексией, диареей, геморрагическим синдромом.

Особенностью респираторно-синцитиальной пневмонии служит развитие тяжелого обструктивного бронхоолита. Поражение нижних отделов респираторного тракта знаменуется повышением температуры тела до 38–39°C, ухудшением общего состояния. Вследствие спазма и закупорки мелких бронхов слизью и десквамированным эпителием дыхание становится резко затрудненным и учащенным, развивается цианоз носогубной и периорбитальной области. Кашель частый, влажный, однако ввиду повышенной вязкости мокроты – малопродуктивный. При данной разновидности вирусной пневмонии обращает внимание несоответствие интоксикации (выражена умеренно) степени дыхательной недостаточности (крайне выражена).

Энтеровирусные пневмонии, возбудителями которых выступают вирусы Коксаки и ЕСНО, протекают со скудными физикальными и

рентгенологическими данными. В клинической картине на первый план выходят сопутствующие менингеальные, кишечные, сердечно-сосудистые нарушения, затрудняющие диагностику.

4. Диагностика вирусной пневмонии

Правильно распознать этиологическую форму пневмонии и идентифицировать возбудителя поможет тщательное изучение анамнеза, эпидемиологической обстановки, оценка физикальных и лабораторно-рентгенологических данных. Вирусные пневмонии обычно развиваются в периоды эпидемических вспышек ОРВИ, протекают на фоне катарального синдрома, сопровождаются признаками дыхательной недостаточности различной степени выраженности.

5. Прогноз и профилактика вирусной пневмонии

В большинстве случаев вирусная пневмония заканчивается выздоровлением в течение 14 дней. У 30-40% пациентов отмечается затяжное течение заболевания с сохранением клинико-рентгенологических изменений на протяжении 3-4 недель с последующим развитием хронического бронхита или хронической пневмонии. Заболеваемость и смертность от вирусной пневмонии выше среди детей раннего возраста и пожилых пациентов.

Профилактика вирусной пневмонии тесно связана с иммунизацией населения, в первую очередь, профилактической сезонной вакцинацией против гриппа и наиболее опасных детских инфекций. Неспецифические меры по укреплению иммунитета включают закаливание, витаминотерапию. В периоды эпидвспышек ОРВИ необходимо соблюдать меры личной предосторожности: по возможности исключить контакты с больными респираторными инфекциями, чаще мыть руки, проветривать помещение и т. п. Особенно эти рекомендации касаются контингента повышенного риска по развитию и осложненному течению вирусной пневмонии.

б. *Особенности ухода за пациентами с пневмонией* Медсестра:

- точно и тщательно выполняет назначения врача
- обучает пациента самоконтролю за течением заболевания
- оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях:
острая дыхательная недостаточность, пневмоторакс, легочное кровотечение
- обучает пациента приему медикаментов, переносимости лекарственных средств
- обучает пациента применению современных средств доставки препаратов (ингалятора, спинхалера, турбохалера, мультидиска, спейсера, небулайзера)
- следит за количеством и характером мокроты
- осуществляет контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, суточного диуреза, температуры тела
- проводит оксигенотерапию
- проводит подготовку пациентов лабораторным и инструментальным исследованиям
- обучает уходу за слизистыми оболочками
- проводит массаж грудной клетки, постановку горчичников, согревающих компрессов по назначению врача
- проводит профилактику пролежней в соответствии со стандартом у тяжелобольных, перемещает в постели
- дает рекомендации по положению в постели пациента в различные периоды болезни
- оказывает помощь врачу при проведении плевральной пункции
- контролирует выполнение санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка, кварцевание и проветривание палат, обеспечение пациента индивидуальной плевательницей, ее дезинфекция)
- осуществляет уход за кожей, слизистыми оболочками

- осуществляет своевременную смену нательного и постельного белья
- проводит контроль за соблюдением правил гигиены при физиологических отравлениях
- обучает родственников осуществлению мероприятий по уходу за тяжелобольным
- проводит обучение пациентов кашлевой культуре, правилам выполнения дренажных положений, обучению приемам ЛФК
- проводит беседы о значении дыхательной гимнастики, о характере питания при пневмонии, абсцессе, плеврите в различные периоды болезни, о мерах по предупреждению осложнений данных заболеваний, о вреде курения

Практическое занятие по теме: «Патронаж пациента на дому после перенесенной вирусной пневмонии».

Цель: готовность использовать знания и практические навыки по уходу за пациентом на дому после перенесенной вирусной пневмонии.

Задачи:

Знать:	Уметь:
Что такое пневмония	Определить нарушенные потребности
Симптомы пневмонии	Заполнять патронажный лист на пациента
Возможные осложнения	Оказать психологическую помощь
Возможные нарушенные потребности пациента	

Ситуационная задача:

Пациентка Симонова Л. Г., 73 года, всегда была независима и живет дома одна. В прошлые выходные она почувствовала слабость, дрожь и головную боль. К вечеру температура поднялась до 38 градусов и появилась

одышка. Всю ночь она не могла уснуть и утром ее обнаружила дочь, которая пришла, так как мать не отвечала на телефонные звонки. Дочь вызвала скорую помощь и пациентку госпитализировали в стационар. При поступлении у нее диагностировали: Коронавирусную инфекцию, вызванную COVID-19. Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония. ДН I степени.

Пройдя курс лечения, пациентку выписали в удовлетворительном состоянии домой, но она очень боится повторного заражения, плохо спит и совсем не выходит на улицу.

Задания:

1. Оцените состояние пациентки?
2. Определите нарушенные потребности пациентки?
3. Провести беседу о необходимости свежего воздуха и умеренной физической нагрузки
4. Оказать психоэмоциональную поддержку
5. Заполните документацию по пациенту

Патронажный лист

Фамилия, Имя, Отчество _____ Пол пациента (М/Ж)

Дата рождения, возраст _____

Домашний адрес _____

Диагноз _____

Возможность общаться (подчеркнуть, уточнить):

Речь: сохранена, нарушена _____, отсутствует

Слух: сохранен, снижен, отсутствует

Зрение: сохранено, нарушено (пользуется очками, линзами), отсутствует

Факторы риска

Курение _____

Алкоголь _____

Избыточная масса тела _____

Аллергические
реакции _____

Показатели

Артериальное давление (АД) _____

Пульс (PS) _____

Температура (t) _____

ЧДД

Кожные покровы (розовые, бледные, цианотичные) _____

Общие жалобы пациента

Дата:

Подпись:

Тема 3.4. Краткое описание болезни Паркинсона, потребности пациента.
Патронаж пациента на дому с болезнью Паркинсона.

Содержание занятия, описание:

- Лекция (1 час)
- Заполнение патронажного листа (3 часа)

План лекции:

1. Этиология и патогенез
2. Клиническая картина
3. *Что такое патронаж пациента на дому с болезнью Паркинсона*
4. Потребности пациента с болезнью Паркинсона
5. Рекомендации родственникам организации ухода за пациентами на дому

Болезнь Паркинсона – одно из самых распространенных неврологических заболеваний пожилого возраста. Чаще встречается у лиц старше 60 лет, характерно прогрессирующее течение. На поздних стадиях пациенты нуждаются в постоянном постороннем уходе.

1. Этиология и патогенез

Болезнь Паркинсона или дрожательный паралич - хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга. Болезнь Паркинсона является одним из наиболее распространенных заболеваний центральной нервной системы. Точные причины возникновения Болезни Паркинсона до сих пор не установлены, предполагается роль генетических факторов, влияние внешней среды, процессов старения. Эти факторы запускают процесс разрушения клеток головного мозга и постепенно поражаются те части головного мозга, которые контролируют координацию движений и тонус мышц.

2. Клиническая картина

Моторные проявления заболевания:

– гипокинезия (замедленность движений, истощаемость при повторных движениях, редкое мигание, укорочение длины шага, замедленность речи и т.д.);

– ригидность (скованность движений, тугоподвижность);

– тремор покоя (дрожание рук, ног, иногда подбородка в покое);

– постуральный тремор (дрожь возникает при попытке удержать позу);

– кинетический тремор (дрожь возникает при движениях);

– постуральная неустойчивость (сложно удержать равновесие при ходьбе или перемене позы);

– нарушения ходьбы, сложности с началом и окончанием движения;

– застывания;

– дистония (неконтролируемые спазмы мышц).

Немоторные проявления заболевания:

– аносмия (потеря обоняния – появляется раньше других симптомов);

– когнитивные нарушения, деменция (ухудшение мыслительных процессов вплоть до слабоумия);

– депрессия и другие аффективные нарушения (апатия, тревожность, навязчивые состояния);

– психотические нарушения (галлюцинации, иллюзии, бред);

– вегетативная дисфункция (склонность к запорам, падению АД и т.д.);

– нарушения сна и бодрствования;

– болевые синдромы;

– усталость.

Стадии болезни Паркинсона у людей:

Для клинической практики используют классификацию, в которой 5 стадий развития Болезни Паркинсона:

– 1 стадия – односторонние проявления заболевания включающие 2 или 3 основных моторных симптома (гипокинезия, ригидность, тремор покоя);

– 2 стадия – двусторонние проявления;

-3 стадия – присоединяется умеренная постуральная неустойчивость, пациент способен передвигаться самостоятельно;

-4 стадия – значительная утрата двигательной активности, но человек способен передвигаться самостоятельно. Эпизодически требуется посторонняя помощь;

-5 стадия – пациент прикован к постели или инвалидному креслу.

3. Что такое патронаж пациента на дому с болезнью Паркинсона

Под понятием «патронаж» в современном обществе понимается вид социального обслуживания, предусматривающий оказание помощи в уходе и обслуживании тяжелобольных людей, инвалидов и стариков, полностью или частично утративших способности к самообслуживанию.

Патронаж объединяет сразу несколько видов помощи:

- медицинскую;
- социальную;
- психологическую.

Такой комплексный подход позволяет существенно облегчить жизнь не только пациентов, но и их близких. Больным людям часто не обойтись без посторонней помощи. Они становятся рассеянными и забывчивыми, у многих наблюдается постоянный тремор и другие двигательные нарушения. При этом люди в большинстве случаев не любят менять обстановку и отказываются от переезда к детям или в дом престарелых. Патронажное обслуживание позволяет обеспечить пациентов с болезнью Паркинсона всем необходимым, не отрывая их от привычного образа жизни и окружения. Со многими услугами патронажа могут справиться люди без медицинского образования.

4. Потребности пациента с болезнью Паркинсона

Планируя во время патронажа уход за человеком нужно обратить внимание на потребности пациента с болезнью Паркинсона.

Общая гигиена:

- Общая гигиена включает в себя умывание, чистку зубов, утренний туалет, кормление, опорожнение и позиционирование. Если пациент может самостоятельно ходить, умываться и делать прочие дела, нужно отметить, нуждается ли он в помощи. Обязательно укажите, в какой именно: например, поддержать кружку или помочь стоять или сидеть, пока он чистит зубы.

- Обязательно отмечайте, частичная или полная помощь нужна человеку — один пациент лежит все время в кровати и все процедуры нужно делать за него, а другой человек в состоянии сам подойти к раковине и умыться: его нужно только проконтролировать.

- Иногда пациенты с болезнью Паркинсона отказываются соблюдать гигиену. Тогда наша задача — поговорить с ними, объяснить, поддержать, предложить помощь.

- Ведите тезисный план: как часто моем голову и тело, как часто моем интимные части, чистим зубы. Весь алгоритм действий указывать необязательно.

- Если у человека нет проблем с глотанием, нужно только помочь ему — например, покормить с ложки, помочь пользоваться адаптивной посудой, научить есть другой рукой. Главное — описать проблему и необходимую помощь.

- С опорожнением человеку часто бывает нужна помощь.

- Важно следить за положением тела человека. На 3-й и 4-й стадии болезни Паркинсона человек не может двигаться сам. Ваша задача — предупредить возникновение пролежней и контрактур.

Профилактика рисков

- Профилактика контрактур. Важно заниматься с пациентом каждый день — по 10 движений в каждом суставе, пассивная гимнастика. Если человек уже с контрактурами и не может контролировать свои движения — позиционирование.

- Профилактика обезвоживания. Люди часто забывают пить воду! Помогайте пациенту: дайте ему «непроливашку», другие удобные для него средства. Контролируйте, чтобы человек выпивал хотя бы литр воды в день.

- Профилактика тромбозов и пролежней: это ежедневная гигиена, осмотры, физиологическая поза и смена положения. Обязательно коротко опишите, в какие позы вы кладете человека и что важно конкретно для него: вдруг в какой-то позе ему неудобно или у него есть дренаж. Для профилактики тромбозов нужно следить за тем, сколько человек пьет, попросить родственников купить компрессионное белье, бинтовать пациенту ноги.

Специфические проблемы пациентов с болезнью Паркинсона:

Проблемы с дыхательными путями

Корки в носу, заложенность носа, инфекция, выделения, которые не получается откашлять — все это случается у людей с болезнью Паркинсона. Им тяжело дышать глубоко, дыхание становится поверхностным, из-за этого — плохая вентиляция легких, одышка. Что с этим делать?

- Оценивайте глубину дыхания, наблюдайте, когда человеку не хватает сил глубоко дышать.

- Часто такие пациенты принимают препараты леводопа и карбидопа — через 20 минут после приема состояние улучшается, появляются силы. Потом действие препаратов проходит и сил становится меньше. Поэтому важно, чтобы все активности совпадали как раз с приемом препаратов.

- Проверяйте, не бледная ли кожа, нет ли цианоза вокруг рта или на ногтях, не становятся ли они голубовато-синими.

- Контролируйте кашель, помогайте пациенту принять положение, в котором ему легче откашливаться.

- Помогайте пациенту принять высокое положение Фаулера или «полуфаулера».

-Если человек ходит, попробуйте мотивировать его ходить больше, когда действует препарат. Поощряйте глубокое дыхание, повороты, которые как бы «массируют» легкие.

-Если человек не может самостоятельно откашляться, используйте аспиратор и убирайте слизь, чтобы он мог нормально дышать.

Проблема нарушения мыслительного процесса

Человек с болезнью Паркинсона может легко отвлекаться, говорить что-то неуместное, долго думать, быть безразличным или сосредоточенным только на себе. Естественно, у него ухудшается память. Что можно сделать?

-Оцените, насколько человек депрессивен, есть ли у него суицидальные мысли;

-Интересуйтесь, что человек чувствует, какие эмоции испытывает;

-Внимательно проверяйте список препаратов, которые принимает человек — некоторые лекарства могут вызывать сонливость и обездвиженность, которая еще больше расстраивает человека;

-Если человек постоянно находится в постели, проверяйте его состояние каждые 4 часа.

Проблемы с речью

У пациентов с болезнью Паркинсона могут быть проблемы с речью: им сложно разговаривать (или они вообще не могут говорить), они могут заикаться, им тяжело улыбаться из-за того, что мышцы становятся жесткими. Из-за этого меняется артикуляция, людям сложно контролировать эмоции на своем лице. Речь становится монотонной, медленной (пациенту сложно вспомнить, как называется объект, у него рассеивается внимание). Человек может не разделять слова или слоги, или, наоборот, говорить слишком быстро.

Что мы должны сделать?

- Проверьте, понимает ли нас пациент, и может ли он кивать в ответ.

- Если человек может говорить, побеседуйте с ним. Пусть даже он медленно произносит слова, по слогам и с паузами.

- Сами говорите короткими предложениями, с паузами, смотрите, как человек реагирует на это.

- Если пациент говорит быстро, плачет, у него искажается лицо, возможно, он встревожен, переживает, ему больно. Спросите, не болит ли у него что-то? Если есть боли, обсудите это с врачом.

- Смотрите человеку в глаза, убирайте другие источники шума, чтобы человек мог сосредоточиться на разговоре.

- Не торопите его, давайте ему время обдумать и сосредоточиться, сохраняйте спокойствие и будьте с пациентом в одном темпе.

Нарушение мобильности

Пациент не может быстро встать, у него нарушается походка, не хватает баланса и координации, замедленная реакция, он может упасть, движения становятся мелкими и отрывистыми, походка — «мелкая», шаркающая.

- Помогите человеку научиться вставать с раскачивания «на раз, два три»;

- Объясните, что прежде чем встать, надо сначала подвинуться к краю сиденья;

- Попросите человека вставать медленно — чтобы не падало давление и он не потерял сознание;

- Научите человека концентрироваться на походке — учите его маршировать, делать походку размашистой, поднимать руки в стороны;

- Чтобы человек не задевал ногу за ногу, научите его шагать ногой немного вбок;

- Делайте с человеком упражнения, чтобы мышцы не сковывались, это не займет много времени, всего 10-15 минут.

- Обсудите с врачом различные расслабляющие процедуры, например, теплые ванночки. Мы иногда кладем горячее свернутое полотенце на затылок и на лоб, от этого человеку легче, он немного расслабляется.

Нарушение глотания

Люди с болезнью Паркинсона иногда не могут глотать, жевать, часто поперхиваются. Поэтому:

- Внимательно следите за тем, как человек глотает и не забывайте проводить трехглотковую пробу.

- Следите за положением головы человека и помогайте ему, чтобы она не запрокидывалась назад, когда он ест;

- Кормите человека только сидя — иначе он может подавиться. Это опасно!

- Перед едой попросите пациента пожевать жвачку или пососать леденец, чтобы вырабатывалась слюна — пусть пожует сначала на одной, потом на другой стороне;

- Давайте продукты, которые он может есть! Попросите родственников принести пациенту что-то вкусненькое.

- Когда пациент ест, обязательно проговаривайте с ним каждое движение: наклоняем голову немного вперед, кладем еду на язык, закрываем рот, губы, зубы — начинаем жевать, сначала на одной стороне, потом на другой. Напоминайте ему об усилии, которое нужно для глотания.

- Делайте пациенту перед едой массаж шеи, чтобы сделать мышцы более подвижными.

Риск падений

- Обязательно проанализируйте, как человек ходит и куда, какие маршруты использует (например, когда идет в туалет). Посмотрите, что у него на ногах, под ногами — оцените безопасность!

- Когда человек ложится спать, он должен знать, что когда он проснется, он обязательно должен позвать родственников или сиделку,

помнить, где у него лежит кнопка вызова. Включайте на ночь маленький ночник, убираете тапочки и коврики из-под ног.

- Напоминайте человеку, что он обязательно должен с вами связаться, когда он проснется (например, захочет в туалет), ведь он может забыть, как встать и из-за этого упасть с кровати.

Недостаток знаний о заболевании

Очень часто люди с болезнью Паркинсона не знают особенностей своего заболевания, не понимают, что с ними происходит и почему. Пожалуйста, рассказывайте пациенту о Паркинсоне — это это за болезнь, чем она отличается от других, какие у него симптомы, что вы будете с этим делать.

- Расскажите человеку, что ему нужно делать ежедневно: гимнастика, гигиена. Напоминайте ему об этом, он может забывать;

- Планируйте день пациента по часам: прием препаратов, процедуры, физкультура. Корректируйте график при необходимости. Старайтесь сделать так, чтобы активность была на пике действия препаратов;

- Обязательно объясняйте пациенту, почему его режим дня выстроен именно так, какие препараты он принимает и для чего они нужны.

Проблемы со стулом

Обычно у пациентов с болезнью Паркинсона случаются запоры — человек мало ест, пьет мало воды. Некоторые препараты также могут замедлять перистальтику, могут появляться анальные трещины, геморрой. Сам человек боится тужиться, боится боли. Чтобы таких проблем не было:

- Регулируйте вопрос питания до возникновения проблем с дефекацией;

- Контролируйте дефекацию, отмечайте, когда и сколько раз человек сходил в туалет;

- Обсуждайте с врачом возможность микроклизм, чтобы провоцировать дефекацию.

Проблемы со сном

- Если человек падает или сползает с кровати во сне — постелите рядом с кроватью матрас;
- Если у пациента бессонница, увеличьте количество бодрствования днем;
- Затемните комнату пациента;
- Сделайте так, чтобы человек не слышал посторонних шумов — например, предложите ему беруши.

5. Рекомендации родственникам организации ухода за пациентами на дому

Для ранних стадиях особых приспособлений не требуется. На средней и развернутой стадии желательно оборудовать дом так, чтобы человек с болезнью Паркинсона мог обслуживать себя сам:

- проходы должны быть свободными и широкими, никаких лежащих на полу проводов и т.д.;
- стулья и кресла высокие, с прямой спинкой и жестким сиденьем — с таких легче вставать;
- сиденье унитаза лучше приподнять до оптимальной высоты, оборудовать туалет поручнями;
- установить штангу для подтягивания над кроватью — с ее помощью легче подняться с постели;
- установить опорный шест у кровати — поможет подняться и не упасть при потере равновесия;
- приобрести телефон с большими кнопками, настроить быстрый набор для основных номеров;
- постелить нескользящие ковры и закрепить края;
- установить поручни в коридоре;
- установить осветительные приборы, реагирующие на движение или звук;

- использовать легкую в обращении и прочную посуду и т.д.

На более поздних стадиях понадобятся ходунки, инвалидное кресло и специальная кровать с регулирующейся спинкой.

Уход за тяжелобольным человеком трудоемкий процесс, от ухаживающих требуются не только чуткость и участие, но и большой запас терпения, физическая выносливость, стрессоустойчивость. Надо сотрудничать с лечащим врачом, постоянно учиться, осваивая все новые навыки для полноценного ухода.

Практическое занятие по теме: «Патронаж пациента на дому с болезнью Паркинсона»

В подготовке по компетенции «Медицинский и социальный уход» проводится проверка знаний и понимания посредством оценки выполнения практической работы.

Цель занятия: готовность использовать знания и практические навыки в уходе за пациентами с болезнью Паркинсона на дому.

Задачи:

Знать	Уметь
Понятие и причины возникновения болезни Паркинсона	Определить нарушенные потребности
Симптомы болезни Паркинсона	
Потребности пациента	Заполнить патронажный лист
Знать правила гигиенического ухода, измерения артериального давления	Оказывать помощь пациенту при гигиеническом уходе
Алгоритмы: - положение пациента относительно постели (положение Фаулера); -измерение АД; Правила пользования ролатором.	Уметь выполнять алгоритмы: - положение пациента относительно постели (положение Фаулера); - измерение АД; обучить пациента правилам пользоваться ролатором при перемещении.

Сестринский уход за пациентом с болезнью Паркинсона при патронаже на дому:

Планирование: 10 минут, в течение которых вы должны выполнить сегодня задания поставленные на занятия, чтобы составить план работы с пациентом.

Задания к планированию:

- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить сегодня на занятии.
- Поставьте временные рамки к заданиям.
- Поставьте задания в логическом порядке.
- Запишите важные цели к каждому заданию.

Решение ситуационной задачи: 20 минут, чтобы выявить нарушенные потребности и составить план работы с пациентом.

Задания к решению ситуационной задачи:

- Выявите потребности пациента в обучении;
- Обучите пациента в соответствии с потребностями;
- Обеспечьте пациенту безопасность при передвижении
- Окажите психоэмоциональную поддержку;
- Дайте рекомендации пациенту и родственникам;

Заполнение медицинской документации: 10 минут.

Задание к заполнению документации:

- Заполните патронажный лист.

Итог: проведение собеседования с обучающимся: 5 минут.

Контрольные вопросы для опроса:

1. Что такое болезнь Паркинсона?
2. Назовите основные симптомы моторные проявления при болезни Паркинсона?
3. Назовите основные симптомы немоторные проявления при болезни Паркинсона?
4. Стадии болезни Паркинсона у людей вы знаете?

5. Что включает в себя патронаж *пациента на дому с болезнью Паркинсона?*
6. Какие специфические проблемы пациентов с болезнью Паркинсона вы знаете?
7. Что нужно делать для устранения специфических проблем пациента?
8. Какие рекомендации дадите родственникам организации ухода за пациентами на дому

Ситуационная задача:

Участковой медицинской сестрой проведен патронаж к пациенту 74 лет с жалобами на тремор верхних конечностей в покое, тремор головы в покое (кивательные движения по типу «да-да»), потливость, частые запоры. Пациент пьет мало жидкости, по квартире старается не передвигаться, так как опасается упасть. Практически все время лежит в постели. Дыхание затруднено, так как в носовых ходах имеются корки.

Родственники пациента отмечают повышенную раздражительность, временами – плаксивость. Симптомы стали нарастать постепенно в течение последних нескольких месяцев. При осмотре кожные покровы сухие, определяются явления мышечной скованности.

Задания:

4. Оцените состояние пациента?
5. Определите нарушенные потребности пациента?
6. Каковы действия медицинской сестры?

Практическая часть:

В связи с выявленными потребностями определена последовательность ухода при патронаже такая как:

Сестринские вмешательства по размещению пациента относительно постели:

1. Располагать пациента в постели с учетом биомеханики тела (придать суставам физиологическое положение), использовать подушки, упоры для ног (избегание «провисания» стоп, переразгибания позвоночника, суставов).

2. Стимулировать пациента совершать движения, смену положения в постели, применяя специальные приспособления.

3. Изменять положение тела пациента в постели каждые 2 часа с учётом биодинамики тела человека, исключив провисание суставов.

4. В пределах подвижности суставов выполнять пассивные движения, постепенно переходя к активным.

5. Массаж, ЛФК по согласованию с врачом и инструктором.

Возникновение проблемы с дыхательными путями:

Корки в носу, заложенность носа, инфекция, выделения, которые не получается откашлять — все это случается у людей с болезнью Паркинсона. Им тяжело дышать глубоко, дыхание становится поверхностным, из-за этого — плохая вентиляция легких, одышка. Что с этим делать?

-Оценивайте глубину дыхания, наблюдайте, когда человеку не хватает сил глубоко дышать.

Сестринские вмешательства при обезвоживании:

1. Проинформировать пациента о необходимости достаточного употребления жидкости.

2. Поощрять пациента употреблять жидкости не менее 2л (30 мг на 1 кг веса) в сутки небольшими глоткам, делая 3-5 глотков через каждые 20-30 минут.

3. Обеспечить пациента стаканом с чистой водой, находящимся в доступном месте.

4. Постоянно предлагать прием жидкости пациенту, согласовывать с ним напитки.

5. Поощрять пациента пить жидкость во время еды.

6. Вести наблюдение за общим состоянием пациента, состоянием кожи и слизистых, за стулом и количеством отделяемой мочи.

7. Осуществлять уход за кожей и полостью рта

Сестринские вмешательства при запоре:

1. Сообщить врачу;

2. Следить за соблюдением пациентом назначенного врачом двигательного режима;

3. Контролировать соблюдение пациентом назначенной диеты и питьевого режима;

4. Следить за характером и частотой испражнений (объем, запах, консистенция, форма, наличие слизи, гноя и крови);

5. Рассказать пациенту о правильном режиме дефекации, создать для этого комфортную, желательно уединенную обстановку, помогать усаживаться на судно;

6. Рассказать об осложнениях, возникающих при запорах;

7. Вести наблюдение за состоянием перианальной области;

8. Выполнять назначения врача (применение слабительных, постановка клизм).

Сестринские вмешательства при риске травм и падений у пациентов с болезнью Паркинсона

Падение пациента, являющееся наиболее частой причиной травм. Проведя обследование пациента, сестра должна выявить пациентов с высоким риском несчастных случаев.

Методы снижения риска падений у пациентов:

1. Обеспечить пациентов средствами связи, научить их пользоваться ими, быстро отвечать на каждый вызов.

2. Привести кровать в максимально низкое положение.

3. В комнате включать ночное освещение.

4. Как можно чаще навещать таких пациентов, помогать их передвижениям, в соответствии с назначенным режимом двигательной активности.

5. Обеспечить своевременное кормление, осуществление физиологических отправлений, выполнение гигиенических процедур.

6. Все предметы первой необходимости расположить в местах, легко ему доступных.

7. Использовать мебель, оснащенную специальными поручнями и защитными ограждениями, а также приспособления, облегчающие передвижения: (ходунки, трости, костыли, каталки).

8. Пациенты, страдающие головокружением, слабостью, нуждаются в обязательном сопровождении.

Обучение правильным передвижениям с помощью ходунков-роллаторов

Технология достаточно проста: сначала переставляете их вперед, а затем сами делаете к ним шаг. При этом спина должна быть прямой. Следующее передвижение устройства можно начинать только тогда, когда закончили шагать. Не наклоняйте роллатор вперед во время движения и не старайтесь отодвинуть его как можно дальше. Учитесь передвигаться не торопясь, совершая шаги внутри ходунков. Не спешите.

Приложение 1

Патронажный лист

Фамилия, Имя, Отчество _____ Пол пациента (М/Ж)

Дата рождения, возраст _____

Домашний адрес _____

Диагноз _____

Возможность общаться (подчеркнуть, уточнить):

Речь: сохранена, нарушена _____, отсутствует

Слух: сохранен, снижен, отсутствует

Зрение: сохранено, нарушено (пользуется очками, линзами), отсутствует

Факторы риска

		31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне Процедура выполняется в нестерильных перчатках
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Функциональная кровать Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки) Простыни для переворачивания
5.2.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук Перчатки нестерильные Ёмкость для текущей дезинфекции Ёмкости для отходов по классам опасности
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства	
6.1.	4. Подготовка к процедуре: 1.1. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки 1.2. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно). 1.3. Приготовить комплект чистого белья (пододеяльник, простынь, наволочка). 1.4. Убедиться, что в кровати нет личных вещей пациента. 1.5. Закрепить тормоза кровати 1.6. Опустить боковое ограждение кровати, убедиться в ее горизонтальном положении, отрегулировать высоту для удобства манипуляции. 5. Выполнение процедуры: Размещение пациента в положении Фаулера 2.1. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.	

	<p>2.2. Поднять изголовье кровати под углом 45-60⁰С (или положить три подушки).</p> <p>2.3. Подложить подушки или сложенное одеяло под колени и голени пациента так, чтобы пятки не касались постели.</p> <p>2.4. Если кровать функциональная, то на поднятое изголовье подложить под голову пациента небольшую подушку.</p> <p>2.5. Подложить под предплечья и кисти подушки, если пациент не может самостоятельно двигать руками. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз, в ладони вложить небольшие валики для придания физиологического положения кисти.</p> <p>2.6. Подложить пациенту под поясницу небольшую подушку или валик.</p> <p>2.7. Обеспечить упор для стоп под углом 90⁰С.</p> <p>2.8. Расправить постельное и нательное белье</p> <p>2.9. Проконтролировать состояние пациента.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики: В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка: Пациент размещен</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи: Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги Наличие записи о проведении процедуры в медицинской документации</p>
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное предоставление технологий выполнения медицинского вмешательства:</p>



Приложение 3

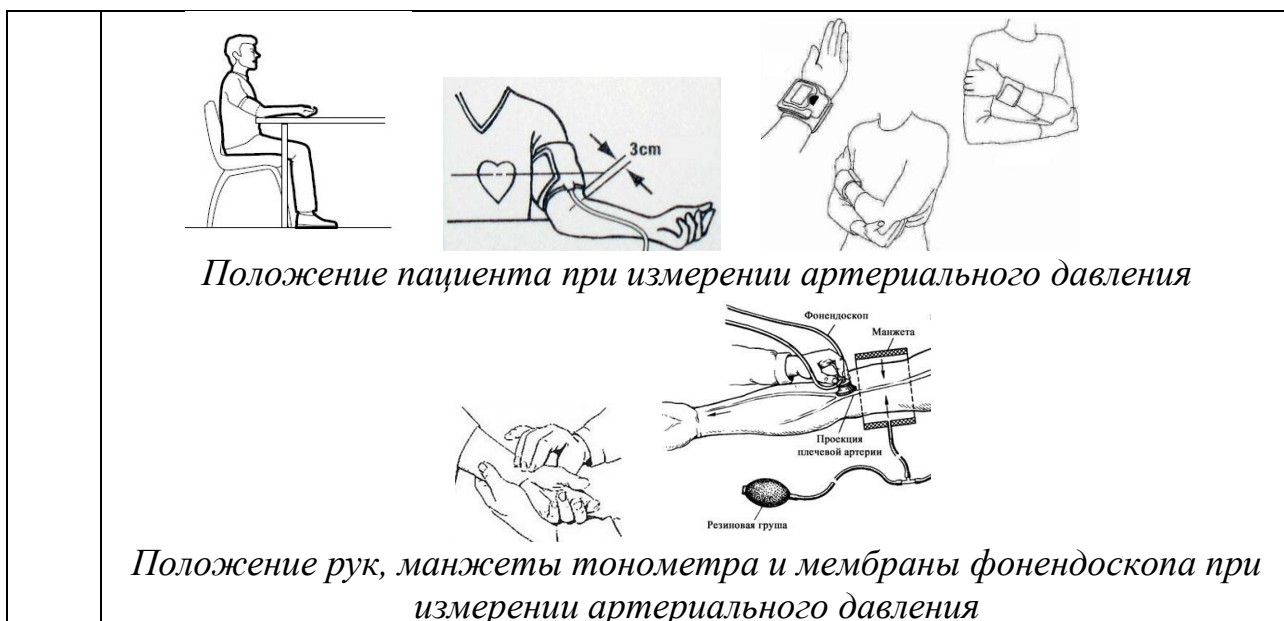
Технология медицинского вмешательства 12.«ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ»

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении медицинского вмешательства	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные, амбулаторно-поликлинические, санаторно-курортные, транспортные	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Прибор для измерения артериального давления (тонометр), соответствующий возрастным показателям пациента и разрешенный к применению в медицинской практике Стетофонендоскоп
5.2.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук и

	<p>мембраны стетофонендоскопа Шарики/салфетки стерильные Ёмкости для отходов по классам опасности</p>
6.	<p>Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства</p>
6.1.	<p>1. Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Проверить исправность тонометра и стетофонендоскопа. 1.2. Обработать руки на гигиеническом уровне. 1.3. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>2. Выполнение процедуры:</p> <p>2.1. Предложить пациенту (или помочь) принять удобное положение - сидя или лежа. 2.2. Обнажить руку пациента, расположить ее ладонью вверх. 2.3. Наложить манжету тонометра на плечо пациента, на уровне сердца. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки – один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. 2.4. Вставить оливы стетофонендоскопа в уши, мембрану расположить в локтевой ямке. 2.5. Не доминантной рукой определить пульсацию на лучевой артерии. 2.6. Доминантной рукой закрутить вентиль на груше и, сжимая ее, постепенно произвести нагнетание воздуха в манжете тонометра до исчезновения пульса визуально зафиксировать результат. 2.7. Продолжить нагнетать воздух выше данной величины на 20-30 мм рт. ст. 2.8. Не доминантной рукой прижать мембрану стетофонендоскопа. 2.9. Плавно откручивая вентиль постепенно стравить воздух из манжеты (примерная скорость 2 – 3 мм рт. ст. за секунду). 2.10. Визуально зафиксировать на шкале тонометра появление первого тона – это систолическое давление. Прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона. 2.11. Выпустить воздух из манжеты.</p> <p>3. Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат исследования артериального давления. 3.2. Обработать мембрану стетофонендоскопа салфеткой смоченной в кожном антисептике. 3.3. Утилизировать отходы по классам опасности 3.4. Обработать руки на гигиеническом уровне. 3.5. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>

7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Для корректного измерения артериального давления необходимо соблюдать ряд условий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5 – 10 мин. За час до измерения исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. 2. Артериальное давление может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лежа», и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению артериального давления на 4 мм рт. ст. В положении «сидя» измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. 3. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом, и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки «на весу». Для выполнения измерения артериального давления в положении «стоя» необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки, либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя. 4. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут. 5. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно производить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического и 5 мм рт. ст. для диастолического артериального давления), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей» руке. Если имеется отличие более чем на 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (по необходимости) и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления
----	--

	<p>пациента.</p> <p>Если же отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).</p> <p>6. При использовании электронного тонометра следовать инструкции по применению данного прибора.</p> <p>7.</p> <table border="1" data-bbox="352 533 1422 752"> <thead> <tr> <th><i>Оценка результатов</i></th> <th><i>Систолическое АД мм рт.ст.</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гипотензия</td> <td>ниже 100</td> </tr> <tr> <td>Нормальное</td> <td>100-130</td> </tr> <tr> <td>Нормальное повышенное</td> <td>130-139</td> </tr> <tr> <td>Гипертензия</td> <td>140 и выше</td> </tr> </tbody> </table> <p>8. Оптимальное пульсовое давление 40-50 мм рт. ст.</p> <p>9. Оценивая результат, следует учитывать величину окружности плеча. При измерении артериального давления на худощавой руке давление будет ниже, на полной руке – выше истинного. При величине окружности плеча 15 – 30 см рекомендуется к результатам систолического давления прибавить 15 мм рт. ст., при окружности плеча 45 – 50 см – уменьшить полученный результат на 25 мм рт. ст.</p>	<i>Оценка результатов</i>	<i>Систолическое АД мм рт.ст.</i>	Гипотензия	ниже 100	Нормальное	100-130	Нормальное повышенное	130-139	Гипертензия	140 и выше
<i>Оценка результатов</i>	<i>Систолическое АД мм рт.ст.</i>										
Гипотензия	ниже 100										
Нормальное	100-130										
Нормальное повышенное	130-139										
Гипертензия	140 и выше										
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка: Артериальное давление измерено</p>										
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи: Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента.</p>										
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Удовлетворенность пациента качеством выполнения. Наличие записи о выполнении в медицинской документации.</p>										
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения медицинского вмешательства: Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе</p>										



Материально-техническое обеспечение

Таблица 2. Инфраструктурный лист

№	Наименование	Техническое описание	Ед. измерения	Кол-во
32.	Нестерильные перчатки		шт	2
33.	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук		шт	1
34.	Кожный антисептик – для обработки рук и мембраны стетофонендоскопа		шт	1
35.	Прибор для измерения артериального давления (тонометр), соответствующий росту-возрастным показателям пациента и разрешенный к применению в медицинской практике		шт	1
36.	Стетофонендоскоп		шт	1
37.	Шарики/салфетки стерильные		шт	2
38.	Ёмкости для текущей дезинфекции		шт	1
39.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1
40.	Функциональная кровать		шт	1
41.	Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки)		шт	5
42.	Простыни для переворачивания		шт	1
43.	Упор для ног		шт	1
44.	Роллатор		шт	1

Тема 3.5 Уростома и правила ухода за ней. Консультирование пациента с уростомой в условиях дневного стационара.

План:

1. Строение мочевыделительной системы
2. Что такое уростома
3. Что такое уроприемник
4. Средства ухода за уростомой
5. Жизнь с уростомой

Уростома и основные правила ухода за ней

1. Строение мочевыделительной системы

Мочевыделительная система человека включает:

- почки (в норме почек две);
- мочеточники (у каждой почки свой мочеточник);
- мочевого пузырь;
- мочеиспускательный канал.

Основная её функция состоит в образовании и выведении мочи. Выводятся продукты распада жизнедеятельности организма, и регулируется водный баланс. В почках фильтруется кровь и образуется моча, затем моча по мочеточникам поступает в мочевого пузырь, где накапливается до возникновения позыва к мочеиспусканию.

Все система функционирует таким образом, что не позволяет инфекции извне попасть восходящим путем в почки и вызвать воспаление. При наличии уростомы возникает опасность попадания инфекции в мочеточники и восходящим путем в почки, в этом случае забота о защите от инфекции ложится на самого пациента. Поэтому уростома требует тщательного ухода и внимания.

2. Что такое уростома?

Уростома – это искусственное хирургическое отверстие на передней брюшной стенке, его функция – выведения мочи из организма в случаях,

когда это не возможно естественным путем. Необходимость в формировании уростомы может возникнуть при различных врожденных дефектах, травмах или заболеваниях мочевого пузыря или уретры.

Искусственное отверстие не имеет управляемой мускулатуры и поэтому отсутствует возможность контролировать мочеиспускание, моча будет отводиться автоматически.

3. Уроприемник

Для сбора оттекающей мочи используют **уроприемник** или **стомный мешок**.

Он состоит из мешка, в котором скапливается моча, и клеевой основы для крепления к коже. Выбор типа уроприемника очень индивидуален, он должен максимально подходить вам и соответствовать рекомендациям доктора.

Для того чтобы найти наиболее подходящий стомный мешок очень важно учесть несколько факторов:

- локализация и длина стомы,
- наличие швов или складок около стомы,
- вес, рост, степень активности пациента.

Хороший стомный мешок должен:

- иметь хорошую клеевую основу, которая обеспечивает герметичное крепление к коже, сохраняющееся не менее 3-7 дней;
- защищать кожу вокруг стомы от раздражения, не вызывает контактной аллергии;
- не выделяться под одеждой;
- легко клеиться и сниматься.

Виды уроприемников:

Сейчас выпускается огромное количество уроприемников, различающихся по форме и размерам. Два основных типа: однокомпонентный уроприемник (состоит из мешка со встроенной клеевой

основой) и двухкомпонентный уроприемник (клеевая пластина и стомный мешок являются отдельными частями).

Наилучший выбор – это стомный мешок с клапаном слива мочи и антирефлюксным механизмом для предупреждения обратного заброса мочи в стому.

Основные правила ухода за уростомой и кожей вокруг неё:

Каждый из видов уроприемников требует своего подхода. Однокомпонентные (простой мешок) опорожняются по мере наполнения, и меняются раз в сутки. Двухкомпонентные (мешок с клапаном, препятствующим забросу мочи обратно в стому) дополнительно требуют еженедельной замены пластины.

- Перед заменой мешка необходимо приготовить все необходимое: мусорный пакет для сброса использованного мешка, средства для очистки кожи, средства ухода за кожей вокруг стомы, новый уроприемник, зеркало, ножницы, трафарет для вырезания отверстия в уроприемнике, мыло для рук, полотенце.

- Важно: для обработки стомы и кожи вокруг лучше использовать специальные салфетки. Вату использовать не рекомендуется из-за её волокнистой структуры – частички ваты будут мешать приклеиванию пластины и вызывать раздражение кожи.

- Лучше всего процедуру выполнять в ванной комнате стоя (возможен вариант «сидя») перед зеркалом. Если пациент лежачий, под него подкладывается непромокаемая пеленка. Перед процедурой руки необходимо тщательно вымыть, это предотвратит попадание инфекции при замене мешка.

- Нельзя пользоваться мылом на область стомы. Мыло лишает кожу естественного защитного барьера, сушит ее и приводит к раздражению. Существуют специальные средства ухода за кожей вокруг стомы.

- Волосы на передней брюшной стенке подрезаются аккуратно ножницами. Не рекомендуется пользоваться бритвой или кремом для депиляции во избежание раздражения кожи.
- Уроприемник рекомендуется опорожнять, как только он заполнился на половину объема. Это предотвратит затекание мочи, нагрузку на кожу живота и размножение бактерий.

4. Существуют особые средства ухода за уростомой

Паста

Это средство способствует выравниванию кожи и устраняет кожные складки, шрамы и другие неровности, создавая гладкую поверхность для надежной фиксации приемника для кала или мочи. Кроме этого, паста является хорошим герметиком и предотвращает протекания из стомы. Перед использованием этого средства больной должен обязательно ознакомиться с инструкцией, которая прилагается к упаковке.

Специальный очиститель

Это средство может заменять мыло, воду и агрессивные по отношению к коже вещества в виде спиртосодержащих растворов и растворителей. Очиститель хорошо очищает кожные покровы от мочи, кала и гноя, оказывая дезинфицирующее и смягчающее действие. Он может использоваться для ухода за здоровой, чувствительной и слегка поврежденной кожей.

Очиститель не нуждается в смывании. После его использования и перед наклеиванием приемника для кала и мочи кожа должна полностью просохнуть.

Защитная пленка

Это специальное вещество, растворенное в жидкости, которое распыляется в виде аэрозоля на нужную область. Жидкость испаряется за 1-2 минуты, оставляя после себя тонкую «вторую кожу». Она обладает свойствами полупроницаемости, отталкивает воду и при этом позволяет коже

дышать. Применяется для защиты кожи от агрессивных выделений (каловых масс, мочи), а также от механической травмы при смене мешка или пластины.

Не допускается нанесение на поврежденную кожу.

Удаляется с поверхности специальным очистителем.

Защитная пудра

Это средство применяется для ухода за поврежденными участками кожи. Пудра применяется для устранения мокнутия так как является хорошим адсорбентом и помогает заживлению кожи вокруг стомы. Перед приклеиванием мешка ее остатки удаляются сухой салфеткой.

Нейтрализатор запаха

Представляет собой концентрат, несколько капель которого необходимо поместить в урприемник и потереть его стенки друг о друга. Эффективно нейтрализует любой запах.

Не допускается нанесение на область стомы.

5. Жизнь с уростомой

Сон

Первое время после установки уростомы многим пациентам сложно привыкнуть контролировать своё положение во время сна. При повышенной двигательной активности во сне мешок может просто отвалиться, может сдавливаться или смещаться.

Внешний вид

Пациенту с уростомой приходится менять свой гардероб на более свободные и не облегающие вещи, которые позволяют сделать ношение урприемника максимально незаметным.

Гигиена

Стома – не помеха для принятия душа. Проводите процедуру как с установленным мешком для сбора мочи, так и без него. Температура воды не должна быть горячей, чтобы не повредить тонкую кожу стомы. При мытье на

область стомы не используйте мочалку. Применяйте специальные средства гигиены.

Питание

Питание должно быть витаминизированным и сбалансированным. Первые несколько месяцев после установки стомы рекомендуется избегать пищу, содержащую клетчатку. Жирные продукты, острые и копченые, а также спиртные напитки могут усиливать раздражение кожи и не рекомендуются.

Следите за употреблением достаточного количества жидкости.

Спорт и физическая активность

Легкая атлетика, йога и гимнастика, а также занятия на тренажерах без усилия на мышцы пресса – рекомендуемые виды активности для стомированных пациентов.

Под запретом – бокс, каратэ, футбол, хоккей и другие контактные виды спорта.

Плавать в бассейне или общественном водоеме можно, только с установленным мочеприемником. Чтобы избежать реакции со стороны окружающих на общественных пляжах, можно надеть закрытый купальник или купаться в одежде.

Работа

По окончании послеоперационного периода (2-4 недели), можно снова приступать к работе. Не рекомендуются только тяжелые физические нагрузки.

Путешествия

Стома – не повод отказываться от путешествий и деловых поездок.

- Собираясь в путешествие, соберите отдельную косметичку с необходимыми средствами гигиены и урприемниками. Создайте запас на несколько дней, на случай, если основной багаж потеряется.

- Соберите сумку с остальным количеством всего необходимого, чтобы не нуждаться в их покупке на время путешествия.
- Если предстоит путешествие авиатранспортом, отверстие под стому вырежьте заранее, т.к. ножницы не допускаются в ручной клади.
- Во время полета может повышаться газообразование. Используйте фильтры и нейтрализаторы запаха. Также всегда есть возможность воспользоваться туалетом при необходимости.

Уростома безусловно меняет вашу жизнь, но то, на сколько эта жизнь будет активной и полноценной во многом зависит от вас.

6. Дневной стационар

Наряду с амбулаторным и стационарным видами лечения все большее распространение получает оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров. Это своеобразный промежуточный вариант между амбулаторным режимом и стационарным лечением.

Дневной стационар организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

На лечение в **дневной стационар поликлиники могут направляться следующие больные:**

- с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний, не требующих круглосуточного наблюдения;
- пациенты, состоящие на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний для проведения курса профилактического или реабилитационного лечения;
- граждане, не требующие по состоянию своего здоровья круглосуточного наблюдения, но требующие оказания медицинских услуг в госпитальных условиях, например, при использовании лечебных средств, после применения, которых должно осуществляться врачебное наблюдение

на протяжении определенного времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями;

- нуждающиеся во внутривенном капельном введении лекарственных средств;
- нуждающиеся в комплексном лечении с использованием физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, после которых необходим отдых, а также при введении медикаментов различными способами через определенные промежутки времени.

Порядок госпитализации в дневной стационар

Направление в стационар дневного пребывания выдают врачи первичного звена. Госпитализация производится в плановом порядке. При приеме в дневной стационар пациент должен быть первично осмотрен врачом дневного стационара, поскольку план мероприятий по лечению (дату начала лечения, длительность курса лечения, методы обследования, время прихода и длительность пребывания в дневном стационаре и др.) определяет врач дневного стационара для каждого больного индивидуально.

Перед выпиской из дневного стационара производится заключительный осмотр больного врачом дневного стационара, а при необходимости – врачом-специалистом поликлиники, направившим больного в дневной стационар. В день выписки больного из дневного стационара амбулаторная карта передается лечащему врачу через регистратуру с заполненным эпикризом.

В случаях, когда необходимые виды помощи выходят за рамки возможностей медицинской организации, пациент должен быть переведен в медицинскую организацию с соответствующими возможностями.

Условия пребывания в дневном стационаре

- размещение пациентов производится в палатах от 2 до 10 койко-мест;

- проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение осуществляют с момента поступления пациента в стационар;

- лечащий врач обязан информировать больного, а в случаях лечения несовершеннолетних в возрасте до 15 лет – его родителей или законных представителей о ходе лечения, прогнозе, необходимом индивидуальном режиме.

Общий объем медицинской помощи, предусмотренный в дневном стационаре

- Внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции.
- Внутривенные вливания лекарственных растворов.
- Наблюдение и лечение пациентов, закончивших стационарное лечение и выписанных в ранние сроки из стационара и получивших рекомендации о завершении терапии и реабилитации в условиях активного режима.

- Медицинское наблюдение за пациентами, перенесшими несложные оперативные вмешательства в стационарных условиях, после которых они не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении.

Практическое занятие по теме: «Уростомы и правила ухода за ней.

Консультирование пациента с уростомой в условиях дневного стационара».

Цель занятия: готовность использовать знания и практические навыки в уходе за пациентами с уростомой в условиях дневного стационара.

Задачи:

Знать

Что такое уростома

Что такое уроприемник

Уметь

Определить нарушенные потребности.

Оказать психологическую помощь
пациенту

Средства ухода за уростомой

Потребности пациента.

Алгоритм:

Уметь выполнять алгоритм:

- Ухода кожей уростомой

- Ухода кожей уростомой

Ситуационная задача:

Кулибина А. И., 65 лет перенесла радикальную цистэктомию, и была выведена уростома. Сейчас пациентка находится на лечении в условиях дневного стационара с диагнозом: Рак мочевого пузыря. Уростома. Стоматерапевт рассказал ей, что такое уростома и как проводить обработку и смену уростомного мешка. Пациентка обеспокоена и боится самостоятельно проводить смену стомного мешка. Она не выходит на улицу, опасаясь, что люди почувствуют от нее неприятный запах. Она не пьет достаточное количество воды, считая, что таким образом у нее уменьшится количество выделяемой мочи. При смене уроприемника, медицинская сестра заметила покраснение кожных покровов.

Задания:

6. Оцените состояние пациента?
7. Определите нарушенные потребности пациента?
8. Каковы действия медицинской сестры?
9. Проведите беседу с пациентом по питьевому режиму
10. Обучите и выполните уход за уростомой пациента.

Как правильно ухаживать за кожей вокруг стомы.

- Необходимо постоянно следить за состоянием кожных покровов вокруг нее. Они должны быть сухими, чистыми и неповрежденными.
- Важно правильно выбирать тип приемника для мочи.
- Важно верно определять размеры и точно вырезать отверстие для стомы (оно должно точно соответствовать ее форме и диаметру).
- Важно вовремя заменять мочеприемник.
- Важно следить за герметичностью пластины и не допускать попадания под нее мочи.
- Регулярно и правильно ухаживать за кожными покровами.
- Для удаления защитной пленки или остатков пасты применять специальный очиститель «Клинзер».
- При появлении на коже неровностей использовать специальную пасту для ее выравнивания.
- При появлении зуда, жжения, покраснений или изъязвлений сразу же обратиться к врачу.

Основные правила ухода за уростомой и кожей вокруг неё

Перед заменой мешка необходимо приготовить все необходимое: мусорный пакет для сброса использованного мешка, средства для очистки кожи, средства ухода за кожей вокруг стомы, новый уроприемник, зеркало, ножницы, трафарет для вырезания отверстия в уроприемнике, мыло для рук, полотенце.

Для обработки стомы и кожи вокруг лучше использовать специальные салфетки. Вату использовать не рекомендуется из-за её волокнистой структуры – частички ваты будут мешать приклеиванию пластины и вызывать раздражение кожи.

Лучше всего процедуру выполнять стоя (возможен вариант сидя). Если пациент лежащий, под него подкладывается непромокаемая пеленка. Перед

процедурой руки необходимо тщательно вымыть, это предотвратит попадание инфекции при замене мешка.

Нельзя пользоваться мылом на области стомы. Мыло лишает кожу естественного защитного барьера, сушит ее и приводит к раздражению.

Существуют специальные средства ухода за кожей вокруг стомы. Волосы на передней брюшной стенке подрезаются аккуратно ножницами. Не рекомендуется пользоваться бритвой или кремом для депиляции во избежание раздражения кожи.

Уроприемник рекомендуется опорожнять, как только он заполнился на половину объема. Это предотвратит затекание мочи, нагрузку на кожу живота и размножение бактерий.

Порядок ухода за уростомой



1. вымойте руки;
2. подготовленные аксессуары (полотенце, бумага, мягкая мочалка, мыло, новые емкости, ножницы, мусорный пакет и другие предметы, если в них есть необходимость) разложите перед собой и убедитесь, что все на месте и всего хватает;
3. для вытирания поверхности вокруг липкой уростомы, используйте бумагу или салфетки, очистите хорошо место с помощью мыла, избегая области самой уростомы;

4. если кожа покрылась сыпью и обнаружены аллергические реакции, необходимо нанести немного лечебной пудры, но если раздражения не проходят, следует обратиться к врачу – возможно, это грибок;
5. при обнаружении кристаллов на коже вокруг уростомы, нейтрализуйте их тампоном, смоченным в уксусе и сообщите об их наличии лечащему доктору;
6. подготовьте емкость; если необходимо на ней вырезать отверстие, сделайте это;
7. нанесите средство для защиты кожи на место размещения емкости (если она приклеивается) – пасту-герметик;
8. закрепите емкость.

Материально-техническое обеспечение

Инфраструктурный лист

№	Наименование	Техническое описание	Ед. измерения	Кол-во
45.	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук		шт	1
46.	Кожный антисептик – для обработки рук		шт	1
47.	Нестерильные перчатки		шт	1
48.	Уроприемник		шт	1
49.	Стерильные марлевые салфетки		шт	10
50.	Ёмкости для текущей дезинфекции		шт	1
51.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1
52.	Стерильные салфетки		шт	3
53.	пасту-герметик		шт	1
54.	Ёмкости для текущей дезинфекции		шт	1
55.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1

Тема 3.6. Краткое описание заболевания рассеянный склероз, потребности пациента. Консультирование пациента с рассеянным склерозом в условиях дневного стационара

Содержание занятия, описание:

- Лекция (1 час)
- Собеседование (2 часа)

План лекции:

1. Определение и причины заболевания
2. Клиническая картина
3. Проблемы пациента с рассеянным склерозом

1. Определение и причины заболевания

Рассеянный склероз - это демиелинизирующее заболевание с множественным мелкоочаговым поражением нервной системы. Особенностью болезни является одновременное поражение нескольких различных отделов нервной системы, что приводит к появлению у пациентов разнообразной неврологической симптоматики.

Причины развития заболевания полностью не выяснены, но считают, что это болезнь инфекционно-аллергической природы на фоне генетической иммунной недостаточности.

Характерные черты:

- начало болезни в молодом возрасте, обычно между 20 и 35 годами (в отдельных случаях заболевают люди и более молодого, и более старшего возраста);
- многосимптомность;
- многообразность проявлений;
- прогрессирующее течение с весьма типичной склонностью к ремиссиям и новым обострениям.

Встречается болезнь чаще в регионах с холодным климатом. В крупных промышленных районах и городах заболеваемость выше, чем в сельской местности, у лиц мужского и женского пола она одинакова.

2. Клиническая картина

В начале болезни пациенты жалуются на общую слабость, быструю утомляемость, особенно в ногах, головокружение, парестезии нарушение ходьбы, двоение в глазах, снижение остроты зрения. Мочеиспускания нарушаются по центральному типу, то есть задержки мочи. Исчезают брюшные рефлексы. В результате поражения мозжечка походка становится шаткой, атактичной, При координаторных пробах возникают помахивание и интенционный тремор, появляются толчкообразная скандированная речь и нистагм. Снижается острота зрения, на глазном дне отмечается атрофия зрительных нервов.

Изменяется психика пациентов по типу эйфории и некритичности к своему состоянию.

Течение болезни волнообразное. Через некоторые промежутки времени симптомы могут полностью пройти, наступает ремиссия, а затем вновь ухудшение. Неврологическая симптоматика очень разнообразна, а симптомы меняются от обострения к обострению.

Симптомами рассеянного склероза являются:

- Ощущения онемения, пощипывания и жжения в зонах
- Тела, иннервируемых пораженными нервами.
- Постоянная усталость, быстрая утомляемость.
- Нарушения зрения (двоение, пелена перед глазами, выпадение частей поля зрения).
- Бессонница.
- Нарушение речи (невнятное произношение слов, использование неправильных названий предметов, замедленные ответы на вопросы).
- Нарушения функции тазовых органов (запоры, недержание кала и мочи).

- Нарушение чувствительности в ногах и туловище: онемения, парестезии, ощущение стягивания, невозможность, не видя свою руку или ногу, определить ее положение, ощущение подушки под ногами.

- Приступы гнева или плача (пациент подвержен резкой смене настроения и может очень сильно нервничать или бояться).

- Парезы и параличи различных групп мышц разной степени тяжести.

- Нарушение равновесия, неуверенная шаткая походка.

- Забывчивость и замедленное понимание того, что говорят окружающие.

- Из-за снижения циркуляции крови ноги отекают и мерзнут.

Прогноз в отношении жизни большей частью благоприятен, так как болезнь тянется обычно многие годы. Работоспособность некоторых больных сохраняется довольно долго. В одних случаях инвалидность наступает в течение первого или второго года болезни, в других — только по прошествии многих лет.

3. Проблемы пациента с рассеянным склерозом

Проводя сестринский уход за пациентами с рассеянным склерозом нужно обращать внимание на его нарушенные потребности.

В первую очередь на *гигиену, кормление, опорожнение и позиционирование.*

- Вносите в план ухода информацию о том, может ли пациент **умыться и почистить зубы** сам. Если ему нужна помощь, обязательно укажите какая именно и когда;

- Отмечайте, нужно ли помогать человеку есть — **кормить** с ложки, помогать пользоваться адаптивной посудой, учить есть другой рукой. Не забывайте проверять, нет ли у пациента проблем с глотанием;

- Следите за **стулом** пациента — иногда он сам не понимает, что у него запоры, либо стесняется обсуждать это;

- Заботьтесь о **позиционировании!** Используйте специальные валики и подушки, чтобы предупредить развитие пролежней и контрактур.

Профилактика рисков

Важно предупреждать осложнения:

- **Травматизация** пациента. Помогите пациенту при ходьбе в сохранении равновесия. Предлагайте ему пользоваться тростью, ходунками, поручнями и другими приспособлениями для профилактики падений.

- Возникновение **контрактур**. Не забывайте о разминке (10 движений в каждом суставе), пассивной гимнастике и позиционировании;

- Появление **пролежней**. Отмечайте, чему нужно уделить особое внимание во время ежедневной гигиены и осмотра, записывайте информацию о физиологических позах и сменах положения (каждые 2 часа);

- Образование **тромбозов**. Указывайте, если пациенту нужны компрессионный трикотаж, бинтование ног;

- **Обезвоживание**. Следите за тем, чтобы вода всегда была рядом, в доступной таре. Контролируйте, сколько пациент выпил (и выделил жидкости), проверяйте тургор кожи, предлагайте человеку попить каждые 1,5-2 часа.

Особенности ухода при рассеянном склерозе

Человек с рассеянным склерозом **быстро устает**. Как ему помочь?

- Определите, что влияет на активность человека: температурный режим, еда, качество сна, прием лекарств, время суток;

- Принимайте, если пациент не может выполнять какие-то действия;

- Определите, нужны ли человеку вспомогательные средства для ходьбы;

- Планируйте гигиену и повседневные дела утром;

- Планируйте периоды отдыха между занятиями, поощряйте дневной сон;

- Если пациент утомился, сразу же прекращайте активности;

Рассеянный склероз ограничивает человека в возможностях. Пациент с таким диагнозом **не всегда может справиться с простыми бытовыми делами самостоятельно**. Как ему помочь?

- Определите текущий уровень активности и физическое состояние;
- Поощряйте самостоятельность пациента, не торопите его;
- При необходимости помогайте человеку ухаживать за ногтями, кожей и волосами, полостью рта;

- Часто меняйте положение тела пациента, если он неподвижен, не забывайте тщательно ухаживать за кожей в местах давления (крестец, лодыжки, локти);

- Регулярно делайте пациенту массаж, выполняйте с ним активные или пассивные упражнения.

- Из-за того, что у человека с рассеянным склерозом нарушена иннервация, часто у него **холодные и влажные ноги**. Как помочь ему справиться с этим неприятным ощущением?

- Делайте пациенту теплые, но ни в коем случае не горячие ножные ванночки — теплая вода согревает, снимает мышечное напряжение и предупреждает судороги;

- Если вы меняете пациенту носки, сначала согрейте ноги в воде, вытрите их насухо и надевайте многослойные носки — сначала хлопчатобумажные, и только затем — флисовые или шерстяные;

- Чтобы человек согрелся полностью, сначала кладите флисовый плед, а только потом — одеяло. Когда человек немного согреется, одеяла можно поменять местами.

У пациентов с рассеянным склерозом нарушается **мочевыделение**. Обязательно обращайте внимание на сообщения о частом мочеиспускании, срочности позывов, жжении, недержании мочи, никтурии, а также о размере или силе мочевого потока. Что делать, если есть проблемы?

- Обязательно пальпируйте мочевой пузырь пациента после мочеиспускания;
- Записывайте время мочеиспускания;
- Поощряйте потребление достаточности количества жидкости;
- Избегайте кофеина и использования аспартама (он может вызывать раздражение и дисфункции мочевого пузыря);
- Ограничьте потребление жидкости поздно вечером и перед сном;
- Посоветуйте пациенту хорошо мыть руки и тщательно ухаживать за промежностью;
- Научите пациента отслеживать цвет мочи, наличие в ней крови, неприятного запаха;
- Если есть недержание мочи, помогите подобрать урологическое впитывающее белье;
- Обязательно сообщите о проблеме врачу.

У пациентов с рассеянным склерозом часто могут случаться **запоры**. Иногда они сами не знают, сколько раз в неделю ходить в туалет — нормально. Что делать?

- Контролируйте стул — он должен быть хотя бы раз в 3 дня;
- Научите пациента обращать внимание на консистенцию стула;
- Следите за тем, сколько пациент пьет;
- Добавляйте в рацион больше клетчатки и овощей;
- Используйте в питании детское пюре;
- При стойких запорах используйте микроклизмы, ставьте свечи, вводите масла.

У пациента из-за болезни и трудностей с восприятием **снижается самооценка**, он не видит цели в жизни, может уходить в гнев, отрицание, думать о суициде, впадать в депрессию. Что делать?

- Обсуждайте с пациентом его страхи, тревоги и опасения;
- Помогите пациенту справиться с чувством гнева и печали;

- Не осуждайте чувства и переживания пациента.

В болезни очень важно помочь не только пациенту, но и его близким, потому что диагноз очень часто **сказывается на взаимоотношениях всей семьи.**

- Определите роль пациента в семье и то, как болезнь изменила отношения между ее членами;

- Объясните близким пациента, что с ним происходит — часто родственники не знают, как протекает заболевание и что испытывает человек;

- Обсудите основные причины поведения пациента с его близкими;

- Поощряйте свободное выражение чувств, включая разочарование, гнев, безнадежность;

- При необходимости обратитесь к социальному работнику или психиатру.

У людей с диагнозом рассеянный склероз **нарушается память и речь, быстро меняется настроение, им сложно воспринимать речь окружающих.** Что делать?

- Спокойно переносите резкие смены настроения у пациента;

- Помогите ему поддерживать ровное настроение;

- Помогайте пациенту поддерживать контакт с окружающим миром;

- Оставляйте человеку подсказки для ориентации в пространстве и времени: для этого используйте календари, часы, заметки и органайзеры;

- Спрашивайте у пациента, какой сегодня год или сезон, чтобы он не терялся во времени. Но не превращайте это в экзамен — мягко поддерживайте его, подбадривайте и помогайте;

- Расскажите пациенту, как вести дневник, это поможет ему регулировать собственные эмоции;

- Поощряйте пациента записывать важную информацию на диктофон и периодически ее прослушивать.

Практическое занятие по теме: Уход за пациентами с рассеянным склерозом в условиях дневного стационара

Цель: готовность использовать знания и практические навыки по уходу за пациентом с рассеянным склерозом в условиях дневного стационара

Задачи:

Знать:	Уметь:
Что такое рассеянный склероз	
Клиническая картина	
Возможные нарушенные потребности пациента	Определить нарушенные потребности
Алгоритмы: - подсчёт пульса	
Профилактику травматизма	
Алгоритм пользования ходунками, костылями	Обучить пациента пользоваться средствами передвижения

Сестринский уход за пациентом с рассеянным склерозом в условиях дневного стационара:

Планирование: 15 минут, в течение которых вы должны выполнить сегодня задания поставленные на занятии, чтобы составить план работы с пациентом.

Задания к планированию:

- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить сегодня на занятии.
- Поставьте временные рамки к заданиям.
- Поставьте задания в логическом порядке.
- Запишите важные цели к каждому заданию.

Решение ситуационной задачи: 20 минут, чтобы выявить нарушенные потребности и составить план работы с пациентом.

Задания к решению ситуационной задачи:

- Выявите потребности пациента в обучении;

- Обучить пациента в соответствии с его потребностями;
- Оказать психоэмоциональную поддержку;
- Провести профилактику падений;
- Дайте рекомендации пациенту и родственникам;

Заполнение медицинской документации: 5 минут.

Задание к заполнению документации:

- Заполните патронажный лист.

Итог: проведение собеседования с обучающимся: 5 минут.

Контрольные вопросы для опроса:

4. Назовите, что такое рассеянный склероз?
5. Какие симптомы пациента вы знаете?
6. Расскажите, какие проблемы могут быть у пациента с рассеянным склерозом.

Ситуационная задача:

Пациент Калашников Игорь Анатольевич, 63 года. 5 лет назад у него диагностировали Рассеянный склероз. Ремитирующее течение, фаза обострения. Год назад в течение 2 недель отмечалось снижение зрения на правый глаз, пошатывание при ходьбе. За последний год состояние пациента стало ухудшаться: появилась резкая слабость в ногах, бессонница, артериальное давление 90/60, пульс 72. Пациент живет один. Он использует трость для ходьбы. Обеспокоен тем, что в будущем не сможет ходить самостоятельно.

Задания:

7. Оцените состояние пациента?
8. Определите нарушенные потребности пациента?
9. Каковы действия медицинской сестры?

Практическая часть:

Методы снижения риска падений у пациентов в дневном стационаре:

9. Обеспечить пациентов средствами связи с медицинской сестрой, научить их пользоваться ими, быстро отвечать на каждый вызов.
10. Привести кровать в максимально низкое положение.
11. Как можно чаще навещать таких пациентов, помогать их передвижениям.
12. Все предметы первой необходимости расположить в местах, легко ему доступных.
13. Использовать мебель, оснащенную специальными поручнями и защитными ограждениями, а также приспособления, облегчающие передвижения: (ходунки, трости, костыли, каталки).
14. Пациенты, страдающие головокружением, слабостью, нуждаются в обязательном сопровождении.
15. При перемещении пациента необходимо соблюдать правила биомеханики.

Снижение риска возможных травм у пациентов обеспечивается путем особой конструкции лестниц, расположением кабинетов, использованием специальных покрытий для пола, перил вдоль стен палат и коридоров, современного санитарно-технического оборудования и даже особой окраски помещений, лестниц и коридоров в современных ЛПУ.

Обучение правильным передвижениям с помощью ходунков-роллаторов

Технология достаточно проста: сначала переставляете их вперед, а затем сами делаете к ним шаг. При этом спина должна быть прямой. Следующее передвижение устройства можно начинать только тогда, когда закончили шагать. Не наклоняйте роллатор вперед во время движения и не старайтесь отодвинуть его как можно дальше. Учитесь передвигаться не торопясь, совершая шаги внутри ходунков. Не спешите.

Правильное обучение ходьбе с костылями

При ходьбе по ровным поверхностям костыли с поврежденной ногой переносят вперед, не опираясь на нее или приступая, здоровая нога остается сзади (по принципу равностороннего треугольника), затем приставляют здоровую ногу.

Поворот делают только в сторону поврежденной ноги, обязательно переступая здоровой ногой на месте.

При ходьбе с одним костылем (или палкой) опираются на него с поврежденной стороны таким образом, чтобы костыль (или палка) стоял у края стопы. Больную ногу, костыль (или палку) одновременно передвигают вперед, затем присоединяют к ним здоровую ногу. Поворот с одним костылем (или палкой), как и с двумя, выполняют в сторону поврежденной ноги, не отодвигая его от стопы.

При спуске с лестницы костыли опускают одновременно с поврежденной ногой, не наступая на нее или слегка приступая, затем приставляют здоровую ногу.

При подъеме на лестницу здоровую ногу ставят на верхнюю ступеньку. Затем подтягивают к ней костыли и поврежденную ногу.

При спуске с лестницы без перил одновременно опускают поврежденную ногу и костыль (или палку), приставляя к ним здоровую ногу; при подъеме на лестницу ставят на верхнюю ступеньку здоровую ногу и к ней подтягивают одновременно поврежденную ногу и костыль (или палку).

Риск нарушений сна

Нахождение в замкнутом пространстве, без свежего воздуха, нарушенный режим, болевые ощущения и дискомфорт из-за других симптомов, переживания из-за своего состояния, непривычная обстановка и - все это приводит к нарушению сна у тяжелобольных пациентов.

Сестринские вмешательства

1. Выяснить причину нарушений сна (если это возможно)

2. Обеспечить обезболивание
3. Соблюдать распорядок дня, ограничить дневной сон
4. Организовать досуг в дневные часы.
5. Поощрять пациента выполнять физические упражнения (если это возможно), активизировать при малейшей возможности.
6. Обеспечить свежий воздух и оптимальную температуру воздуха в помещении.
7. Обеспечить комфортное состояние постели, одежды.
8. Обеспечить тишину и приглушенный свет
9. Исключить обильный приём пищи и жидкости перед сном, приём кофе и крепкого чая
10. Обеспечить опорожнение кишечника и мочевого пузыря перед сном.

Риск дефицита общения

Человек – существо социальное, а значит, нуждается в постоянном общении. Однако, попадая в определённые жизненные ситуации, способны испытывать дефицит общения.

Пациент остается один на один со своей болезнью, а все медицинские мероприятия затрагивают биологическую сторону болезни, но не социальную и психологическую. Качество жизни такого человека существенно меняется. Он вынужден постоянно подвергаться различным медицинским процедурам, принимать лекарства. При этом он не может работать, а иногда и двигаться, выполнять самые простые, обычные действия - например, принять ванну, он нуждается в постороннем уходе, зависит от других, периодически испытывает боль.

Многие люди при тяжелой болезни ощущают депрессию, у них возникает чувство одиночества, безнадежности, портится характер. Резко меняется и сужается круг общения. С тяжелобольным общаться нелегко, а часто и сами пациенты не хотят, чтобы другие видели их состояние, боятся

жалости. Они не знают, о чем говорить со здоровыми людьми, а те тоже не находят с ними общих тем для разговоров. Как правило, пациент поддерживает отношения только с самыми близкими и врачами, иногда с другими больными, товарищами по несчастью, обсуждая с ними особенности своей болезни.

Сестринские вмешательства:

1. Создать благоприятные условия для общения.
2. Ежедневно разговаривать с пациентом (в т.ч. при выполнении манипуляций), интересоваться состоянием здоровья, семьей, обсуждать фильм, книгу и т.д.
3. При общении очень важно правильно подбирать слова, избегать резких категоричных фраз, следить за своей мимикой.
4. Убеждать пациента выражать свои чувства. Задавать открытые и обратные вопросы («Что вы чувствуете?», «Почему вам нравится/не нравится?», «Как вы думаете, почему?»).
5. Способствовать общению с другими пациентами, которые находятся в адекватном психологическом состоянии.
6. Провести беседу с родственниками. Рассказать об особенностях состояния близкого человека, обсудить возможные обстоятельства дискомфорта, а также ситуации, которые могут доставить радость.

Приложение 1

**Технология медицинского вмешательства
13.«ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА»**

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования
----	--

1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении медицинского вмешательства	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные, амбулаторно-поликлинические, санаторно-курортные, транспортные	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Часы с секундомером – 1 шт.
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства	
6.1.	<p>1. Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Проверить исправность и точность часов с секундомером.</p> <p>1.2. Обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>1.3. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>2. Выполнение процедуры:</p> <p>2.1. Предложить пациенту (или помочь) принять удобное положение - сидя или лежа.</p> <p>2.2. Освободить нижнюю часть предплечья пациента от одежды.</p> <p>2.3. Поместить первый палец своей руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а сомкнутые вместе второй, третий и четвертый пальцы по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента. Одновременно обхватить вторую руку подобным способом.</p> <p>2.4. Прижать слегка артерии к лучевой кости и почувствовать их</p>	

	<p>пульсацию, оценив синхронность.</p> <p>2.5. Отпустив одну руку, оценить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса)</p> <p>2.6. Взять часы с секундомером и провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1-ой минуты.</p> <p>2.7. Определить наполнение пульса. Плавно придавить артерию к лучевой кости до исчезновения пульсации, постепенно приподнять кончики пальцев до того уровня, когда пульсаторные толчки станут едва ощутимы. Амплитуда движений пальцев характеризует наполнение пульса.</p> <p>2.8. Определить напряжение пульса. Плавно придавить артерию к лучевой кости. При удовлетворительном напряжении вне пульсовой волны стенка артерии не пальпируется. Степень напряжения пульса характеризуется в зависимости от силы сдавливания, необходимой для прекращения кровотока.</p> <p>3. Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат исследования пульса.</p> <p>3.2. Обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>3.3. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <p>Исследование пульса можно проводить не только на лучевой артерии, но и на сонной, височной, бедренной артериях, а также артериях стопы и т. д. - рис. 1.</p> <p>Исследования пульса следует проводить на обеих конечностях, сравнивая его свойства.</p> <p>Если пульс ритмичный, возможен подсчет пульсовых волн за 30 секунд, при этом полученный результат следует удвоить.</p> <p>При наличии у пациента инфекционного кожного заболевания манипуляцию рекомендуется выполнять в перчатках.</p> <p>Оценка результатов проводится путем сопоставления полученных данных с установленными возрастными нормативами:</p> <p>симметричность (одинаковость) пульса – синхронность сокращения на обеих руках;</p> <p>ритмичность пульса оценивают по регулярности следующих друг за другом пульсовых волн. Если пульсовые волны следуют через равные промежутки времени, то говорят о ритмичном пульсе. Если число пульсовых волн становится значительно меньше, чем частота сердечных сокращений, то возникает дефицит пульса;</p> <p>частота пульса у взрослых – 60-80 колебаний/мин.;</p> <p>наполнение пульса определяется объемом крови, находящейся в артерии. При достаточном количестве крови в артерии говорят о хорошем наполнении или полном пульсе. При уменьшении объема</p>

	<p>циркулирующей крови, слабом наполнении, пульс называют пустым; напряжение пульса – сила, которую необходимо приложить для полного сдавливания пульсирующей артерии. Степень напряжения напрямую связана с уровнем артериального давления. При его повышении пульс напряженный или твердый, при понижении артериального давления – мягкий. Пустой и мягкий пульс называется нитевидным.</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка: Исследование пульса проведено</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи: Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента.</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Удовлетворенность пациента качеством выполнения. Наличие записи о выполнении в медицинской документации.</p>
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения медицинского вмешательства: Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  <p><i>Места возможного исследования пульса</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>Положение рук</i></p> </div> </div>

Приложение 2

наименование учреждения здравоохранения

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта N _____

57.	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук		шт	1
58.	Кожный антисептик – для обработки рук		шт	1
59.	Часы с секундомером		шт	1
60.	Ёмкость для текущей дезинфекции		шт	1
61.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1
62.	Роллатор		шт	1
63.	Костыли		шт	1

Тема 3.7. Краткое описание заболевания эпилепсия, потребности пациента.
Сестринская помощь пациенту с эпилепсией в условиях дома престарелых

Содержание занятия, описание:

- Лекция (1 час)
- Собеседование (2 часа)

План лекции:

1. Определение и причины возникновения эпилепсии
2. Клинические проявления эпилепсии
3. Алгоритм неотложной помощи при генерализованном судорожном припадке.
4. Условия проживания человека с эпилепсией в доме престарелых.

1. Определение и причины возникновения эпилепсии

Эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными спонтанными приступами.

К причинам эпилепсии относят структурные, генетические, инфекционные, метаболические, иммунные и неизвестные этиологические факторы. Эпилепсия часто начинается в пожилом возрасте, особенно после 75 лет. Одна из основных причин эпилепсии в пожилом возрасте — острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт). Кроме того, причинами могут быть опухоли, последствия травм, такие заболевания, как болезнь Альцгеймера и другие. Спровоцировать приступ эпилепсии при некоторых её видах может дефицит сна, приём алкоголя, сенсорные (чувственные стимулы) такие как мигающий свет, изменения температуры, громкие звуки.

2. Клинические проявления эпилепсии

Простой парциальный припадок проявляется подергиванием мышц в какой-либо части тела (половины лица, конечностей) при этом сознание пациента сохранено.

Сложный парциальный припадок – сознание нарушено, часто сопровождается автоматизмами в виде глотательных, жевательных движений и т.п. Могут совершать автоматизированные передвижения. После припадка наступает амнезия.

Парциальные припадки с вторичной генерализацией начинаются как простые парциальные, с последующим распространением на все тело с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами.

Абсансы – кратковременное выключение сознания (1-15секунд) с застыванием взора, прерыванием речи и движений.

Миоклонические припадки – резкие внезапные, кратковременные вздрагивания всем телом, либо конечности или отдельных мышц.

Атонические – на фоне кратковременной утраты сознания внезапное снижение мышечного тонуса. Проявляется падением головы на грудь или внезапным общим падением.

Клонические – на фоне утраченного сознания ритмичное подергивание головы, конечностей.

Тонические – на фоне утраченного сознания тоническое мышечное сокращение в различных мышечных группах.

Тонико-клонические припадки. В типичных случаях начало припадка внезапное, сознание утрачивается, пациент падает, «как подкошенный». Падение нередко становится причиной получения тяжелых травм. Тоническая фаза длится около 10-30 секунд. Проявляется выраженным тоническим напряжением мышц голосовой щели, груди, живота с дальнейшей остановкой дыхания. Возникает также напряжение мышц конечностей и туловища. Клоническая фаза наступает вслед за тонической и длится обычно 1-2 минуты. Характеризуется кратковременными

подергиваниями мышц конечностей, головы, туловища. В этой фазе часто происходит прикус языка. Постепенно частота сокращений уменьшается вплоть до их полного исчезновения, шумное и прерывистое дыхание нормализуется. Часто после припадка наблюдается послеприпадочный сон, он может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов. Вегетативные расстройства ярко выражены. В тоническую фазу кожа и слизистые оболочки бледнеют, в клоническую гиперемированы. Вены на шее вздуваются. Пульс частый, напряженный, АД повышено. Зрачки расширены на свет не реагируют. Наблюдается усиленное выделение слюны, что в сочетании с прикусом языка ведет к выделению изо рта кровянистой пены. Припадок заканчивается расслаблением мышц, что ведет к непроизвольному выделению мочи и иногда кала из-за расслабления сфинктеров.

При эпилепсии могут наблюдаться психические расстройства. Это могут быть дисфории, которые проявляются приступами тоскливо-злобного настроения, иногда сопровождаются бредовыми идеями преследования. Пациенты способны к агрессивным, разрушительным действиям и представляют реальную опасность, как для окружающих, так и для себя. Изменения личности у больных эпилепсией характеризуются патологической обстоятельностью, педантизмом, назойливостью, эгоцентризмом, снижением памяти, колебаниями настроения, вспыльчивостью.

Эпилептический статус – наиболее тяжелое осложнение эпилепсии. Состояние, при котором эпилептические припадки повторяются один за другим без восстановления сознания в межприступном периоде. Частота припадков колеблется от нескольких до 10 в течение часа. При эпилептическом статусе быстро развивается кома, расстройства дыхания, гемодинамики, гомеостаза, создается серьезная угроза для жизни пациента.

Иногда жизненная ситуация складывается таким образом, что престарелые больные люди не в состоянии ухаживать за собой, а родные по тем или иным причинам не могут о нем должным образом заботиться. В

таком случае может быть целесообразно устроить страдающего эпилепсией пожилого человека в специализированное учреждение, где ему обеспечат полноценный уход.

В случае возникновения признаков эпилепсии у пожилого или престарелого человека необходимо также оказывать ему максимальную эмоциональную поддержку. Пожилой человек может начать бояться получить травму во время приступа либо упасть в общественном месте, где никто не сможет оказать ему должную помощь. Такие мысли могут являться причиной социальной изоляции, приводить к нежеланию выходить из дома. Эмоциональная поддержка, общение и присутствие рядом родных окажут положительное влияние как на социализацию пожилого человека в обществе, так и на его физическое состояние.

3. Алгоритм неотложной помощи при генерализованном судорожном припадке

1. Вызвать врача, бригаду скорой помощи.
2. Засеките время приступа, поскольку длительность приступа или серий приступов, приближающаяся к 30 минутам, означает, что больной входит в угрожающее его жизни состояние- эпилептический статус- опасное состояние, требующее неотложной госпитализации и интенсивной терапии.
3. Обеспечить доступ воздуха (расстегнуть ворот рубашки, ремень и т.п.).
4. Если пациент предчувствует приступ, он должен лечь на кровать или на пол, подальше от травмирующих предметов.
5. Расстегните или ослабьте стесняющую одежду, особенно у горла, чтобы освободить дыхательные пути.
6. Если судорожный приступ возникает внезапно и человек упал, переверните его лицом вверх.
7. Положите под голову что-нибудь мягкое (например, свёрнутую куртку, кофту, мягкая ткань, подушка) чтобы предупредить травму головы.

8. Если у человека есть предвестники, вставьте в ротовую полость что-то мягкое. Не разжимайте сжатые судорогой челюсти своими руками или твёрдым предметом. Не поливать водой, не делайте искусственное дыхание.

9. При повышенном слюноотделении и рвоте человека надо положить на бок, чтобы он не захлебнулся. Делать это надо мягко, не применяя силу. Помните, что при положении головы на бок западение языка никогда не возникает. Такое опасное осложнение приступа, как западение языка, приводящее к асфиксии и смерти, возникает лишь в случае положения головы лицом вверх с запрокидыванием головы назад. Ни в коем случае не допускайте такого положения головы!

10. Не давайте во время приступа человеку пить и не пытайтесь дать таблетки, чтобы это не привело к асфиксии.

11. Во время приступа нельзя пытаться сдерживать и ограничивать судорожные движения человека, применяя силу.

12. Дождитесь, когда закончится приступ, находясь рядом с человеком и внимательно наблюдая за его состоянием, чтобы правильно и полно описать проявления приступа врачу.

13. После приступа дайте человеку отдохнуть.

14. Большинство приступов заканчиваются самостоятельно через 1-3 минуты, и поэтому обычно человек не нуждается в помощи врача. Если продолжительность приступа превышает 5 минут, необходимо транспортировать в медицинское учреждение, если припадок произошел вне больницы.

4. Условия проживания человека с эпилепсией в доме престарелых

Пациенты с эпилепсией должны стараться вести нормальный образ жизни, избегая чрезмерных неоправданных ограничений. Однако необходимо соблюдение ряда мер безопасности, особенно при сохранении приступов с потерей сознания.

Комнату необходимо сделать максимально безопасной – застелить коврами все полы, закрыть свободный доступ к отопительным приборам. Если у человека возникают внезапные (без ауры) судорожные приступы, нужно надеть на углы мебели пластиковые закруглённые пластинки или обить мягкой тканью углы мебели.

Выполнить в ванной комнате мягкие борты и застелить поверхности нескользящими ковриками. По возможности двери, особенно ванной комнаты и туалета, должны открываться наружу, чтобы упавший не заблокировал дверь. Также нежелательны задвижки и замки изнутри.

У человека должен быть размеренный режим дня, без стрессовых перегрузок.

Обычно приступы возникают без предшествующих факторов (спонтанно, случайно) и полностью непредсказуемы. Однако у некоторых пациентов приступы провоцируются определёнными ситуациями (например, мелькающий свет, ограничение сна, стрессовые ситуации, сильные ощущения страха или гнева, приём некоторых лекарств или алкоголя, гипервентиляции). Если выявлены факторы, провоцирующие возникновение приступов, их нужно стараться избегать, это приведёт к уменьшению частоты приступов.

Человек не должен смотреть телевизор более 1-1,5 часа. Расстояние до телевизора должно быть максимальным, насколько позволяет комната (не менее 2-х метров). Для управления телевизором нужно пользоваться дистанционным пультом. Не следует смотреть телевизор, если пациент не выспался, утомлен или чувствует себя не достаточно хорошо.

Человеку с эпилепсией необходимо спать достаточное количество часов в сутки, избегать нарушений ритма сна, ранних или резких пробуждений. Необходимо избегать физических и психических перегрузок.

Питание должно быть полноценным и содержать достаточное количество витаминов и минералов. Разработана специальная «кетогенная

диета». Из питания следует исключить соленые, острые блюда, алкоголь и избыточное количество жидкости.

Практическое занятие по теме: Уход за пациентами эпилепсией в условиях дома престарелых

Цель: готовность использовать знания и практические навыки по уходу за пациентом с эпилепсией в условиях дома престарелых

Задачи:

Знать:	Уметь:
Что такое эпилепсия	
Клиническая картина эпилепсии	
Возможные нарушенные потребности пациента	Определить нарушенные потребности
Алгоритм неотложной помощи при эпилептическом припадке	Оказания неотложную помощь при эпилептическом приступе
Профилактику травматизма	
Алгоритм пользования измерения артериального давления	Измерять артериальное давление

Сестринский уход за пациентом эпилепсией в условиях дома престарелых:

Планирование: 15 минут, в течение которых вы должны выполнить сегодня задания поставленные на занятии, чтобы составить план работы с пациентом.

Задания к планированию:

- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить сегодня на занятии.
- Поставьте временные рамки к заданиям.
- Поставьте задания в логическом порядке.
- Запишите важные цели к каждому заданию.

Решение ситуационной задачи: 20 минут, чтобы выявить нарушенные потребности и составить план работы с пациентом.

Задания к решению ситуационной задачи:

- Выявите потребности пациента в обучении;
- Обучить пациента в соответствии с его потребностями;
- Оценить функциональное состояние пациента;
- Оказать пациенту неотложную помощь в соответствии с ситуацией;
- Провести профилактику падений.

Заполнение медицинской документации: 5 минут.

Задание к заполнению документации:

- Заполните патронажный лист.

Итог: проведение собеседования с обучающимся: 5 минут.

Контрольные вопросы для опроса:

5. Дайте определение эпилепсии
6. Назовите причины возникновения эпилепсии
7. Какие клинические проявления эпилепсии вы знаете
8. Назовите алгоритм оказания неотложной помощи при генерализованном судорожном припадке.
9. Опишите условия проживания человека с эпилепсией в доме престарелых.

Ситуационная задача:

Пациент 62 лет, проживающий в доме престарелых. В анамнезе перенесенное ОНМК по ишемическому типу два года назад. Пациент жалуется на постоянные головные боли в течение года, 3 месяца тому назад появились подергивания большого пальца правой кисти, распространяющиеся на всю руку, подергивания правой половины лица, длящиеся несколько секунд. По словам соседа по комнате, пациент упал, судороги охватили всю правую половину тела. Во время приступа наблюдался прикус языка. Наблюдается у терапевта и невролога по поводу

гипертонической болезни, гипотензивные препараты принимает не регулярно, артериальное давление 160/90 мм.рт.ст.

Задания:

10. Оцените состояние пациента?
11. Определите нарушенные потребности пациента?
12. Каковы действия медицинской сестры?

Практическая часть:

5. Условия проживания человека с эпилепсией в доме престарелых

Пациенты с эпилепсией должны стараться вести нормальный образ жизни, избегая чрезмерных неоправданных ограничений. Однако необходимо соблюдение ряда мер безопасности, особенно при сохранении приступов с потерей сознания.

Комнату необходимо сделать максимально безопасной – застелить коврами все полы, закрыть свободный доступ к отопительным приборам. Если у человека возникают внезапные (без ауры) судорожные приступы, нужно надеть на углы мебели пластиковые закруглённые пластинки или обить мягкой тканью углы мебели.

Выполнить в ванной комнате мягкие борты и застелить поверхности нескользящими ковриками. По возможности двери, особенно ванной комнаты и туалета, должны открываться наружу, чтобы упавший не заблокировал дверь. Также нежелательны задвижки и замки изнутри.

У человека должен быть размеренный режим дня, без стрессовых перегрузок.

Обычно приступы возникают без предшествующих факторов (спонтанно, случайно) и полностью непредсказуемы. Однако у некоторых пациентов приступы провоцируются определёнными ситуациями (например, мелькающий свет, ограничение сна, стрессовые ситуации, сильные ощущения страха или гнева, приём некоторых лекарств или алкоголя, гипервентиляции). Если выявлены факторы, провоцирующие возникновение

приступов, их нужно стараться избегать, это приведёт к уменьшению частоты приступов.

Человек не должен смотреть телевизор более 1-1,5 часа. Расстояние до телевизора должно быть максимальным, насколько позволяет комната (не менее 2-х метров). Для управления телевизором нужно пользоваться дистанционным пультом. Не следует смотреть телевизор, если пациент не выспался, утомлен или чувствует себя не достаточно хорошо.

Человеку с эпилепсией необходимо спать достаточное количество часов в сутки, избегать нарушений ритма сна, ранних или резких пробуждений. Необходимо избегать физических и психических перегрузок.

Алгоритм неотложной помощи при генерализованном судорожном припадке

15. Вызвать врача, бригаду скорой помощи.
16. Засеките время приступа, поскольку длительность приступа или серий приступов, приближающаяся к 30 минутам, означает, что больной входит в угрожающее его жизни состояние- эпилептический статус- опасное состояние, требующее неотложной госпитализации и интенсивной терапии.
17. Обеспечить доступ воздуха (расстегнуть ворот рубашки, ремень и т.п.).
18. Если пациент предчувствует приступ, он должен лечь на кровать или на пол, подальше от травмирующих предметов.
19. Расстегните или ослабьте стесняющую одежду, особенно у горла, чтобы освободить дыхательные пути.
20. Если судорожный приступ возникает внезапно и человек упал, переверните его лицом вверх.
21. Положите под голову что-нибудь мягкое (например, свёрнутую куртку, кофту, мягкая ткань, подушка) чтобы предупредить травму головы.
22. Если у человека есть предвестники, вставьте в ротовую полость что-то мягкое. Не разжимайте сжатые судорогой челюсти своими руками или твёрдым предметом. Не поливать водой, не делайте искусственное дыхание.

23. При повышенном слюноотделении и рвоте человека надо положить на бок, чтобы он не захлебнулся. Делать это надо мягко, не применяя силу. Помните, что при положении головы на бок западение языка никогда не возникает. Такое опасное осложнение приступа, как западение языка, приводящее к асфиксии и смерти, возникает лишь в случае положения головы лицом вверх с запрокидыванием головы назад. Ни в коем случае не допускайте такого положения головы!

24. Не давайте во время приступа человеку пить и не пытайтесь дать таблетки, чтобы это не привело к асфиксии.

25. Во время приступа нельзя пытаться сдерживать и ограничивать судорожные движения человека, применяя силу.

26. Дождитесь, когда закончится приступ, находясь рядом с человеком и внимательно наблюдая за его состоянием, чтобы правильно и полно описать проявления приступа врачу.

27. После приступа дайте человеку отдохнуть.

28. Большинство приступов заканчиваются самостоятельно через 1-3 минуты, и поэтому обычно человек не нуждается в помощи врача. Если продолжительность приступа превышает 5 минут, необходимо транспортировать в медицинское учреждение, если припадок произошел вне больницы.

Приложение 2

Технология медицинского вмешательства 14.«ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ»

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования
----	--

1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении медицинского вмешательства	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 31.02.01 Лечебное дело 31.02.02 Акушерское дело 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении медицинского вмешательства	До и после проведения процедуры необходима обработка рук на гигиеническом уровне
3.	Условия выполнения медицинского вмешательства: стационарные, амбулаторно-поликлинические, санаторно-курортные, транспортные	
4.	Функциональное назначение медицинского вмешательства: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Прибор для измерения артериального давления (тонометр), соответствующий росту-возрастным показателям пациента и разрешенный к применению в медицинской практике Стетофонендоскоп
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук Кожный антисептик – для обработки рук и мембраны стетофонендоскопа Шарики/салфетки стерильные Ёмкости для отходов по классам опасности
6.	Характеристика методики выполнения медицинского вмешательства	
6.1.	<p>3. Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Проверить исправность тонометра и стетофонендоскопа. 1.2. Обработать руки на гигиеническом уровне. 1.3. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>4. Выполнение процедуры:</p> <p>2.1. Предложить пациенту (или помочь) принять удобное положение - сидя или лежа. 2.2. Обнажить руку пациента, расположить ее ладонью вверх. 2.3. Наложить манжету тонометра на плечо пациента, на уровне сердца. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца</p>	

	<p>(для детей и взрослых с маленьким объемом руки – один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.</p> <p>2.4. Вставить оливы стетофонендоскопа в уши, мембрану расположить в локтевой ямке.</p> <p>2.5. Не доминантной рукой определить пульсацию на лучевой артерии.</p> <p>2.6. Доминантной рукой закрутить вентиль на груше и, сжимая ее, постепенно произвести нагнетание воздуха в манжете тонометра до исчезновения пульса визуально зафиксировать результат.</p> <p>2.7. Продолжить нагнетать воздух выше данной величины на 20-30 мм рт. ст.</p> <p>2.8. Не доминантной рукой прижать мембрану стетофонендоскопа.</p> <p>2.9. Плавно откручивая вентиль постепенно стравить воздух из манжеты (примерная скорость 2 – 3 мм рт. ст. за секунду).</p> <p>2.10. Визуально зафиксировать на шкале тонометра появление первого тона – это систолическое давление. Прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.</p> <p>2.11. Выпустить воздух из манжеты.</p> <p>3. Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат исследования артериального давления.</p> <p>3.2. Обработать мембрану стетофонендоскопа салфеткой смоченной в кожном антисептике.</p> <p>3.3. Утилизировать отходы по классам опасности</p> <p>3.4. Обработать руки на гигиеническом уровне.</p> <p>3.5. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p> <p>Для корректного измерения артериального давления необходимо соблюдать ряд условий:</p> <p>10. Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5 – 10 мин. За час до измерения исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.</p> <p>11. Артериальное давление может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лежа», и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению артериального давления на 4 мм рт. ст.</p> <p>В положении «сидя» измерение проводится у пациента,</p>

располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения.

12. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом, и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки «на весу». Для выполнения измерения артериального давления в положении «стоя» необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки, либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.

13. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут.

14. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно производить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического и 5 мм рт. ст. для диастолического артериального давления), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей» руке.

Если имеется отличие более чем на 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (по необходимости) и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента.

Если же отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).


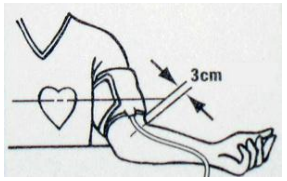
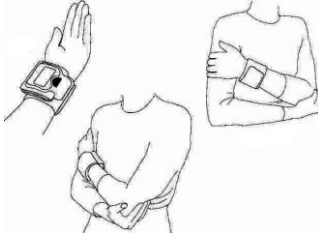
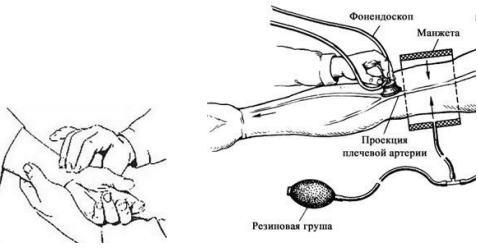
15. При использовании электронного тонометра следовать инструкции по применению данного прибора.

16.

<i>Оценка результатов</i>	<i>Систолическое АД мм рт.ст.</i>
Гипотензия	ниже 100
Нормальное	100-130
Нормальное повышенное	130-139
Гипертензия	140 и выше

17. Оптимальное пульсовое давление 40-50 мм рт. ст.

18. Оценивая результат, следует учитывать величину окружности плеча. При измерении артериального давления на худощавой руке давление

	будет ниже, на полной руке – выше истинного. При величине окружности плеча 15 – 30 см рекомендуется к результатам систолического давления прибавить 15 мм рт. ст., при окружности плеча 45 – 50 см – уменьшить полученный результат на 25 мм рт. ст.
8.	Достижимые результаты и их оценка: Артериальное давление измерено
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи: Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента на процедуру не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Удовлетворенность пациента качеством выполнения. Наличие записи о выполнении в медицинской документации.
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения медицинского вмешательства: Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе    <i>Положение пациента при измерении артериального давления</i>  <i>Положение рук, манжеты тонометра и мембраны фонендоскопа при измерении артериального давления</i>

Приложение 3

Инфраструктурный лист

№	Наименование	Техническое описание	Ед. измерения	Кол-во
64.	Нестерильные перчатки		шт	2
65.	Дозируемое жидкое мыло – для обработки рук		шт	1
66.	Кожный антисептик – для обработки рук		шт	1
67.	Прибор для измерения артериального давления (тонометр), соответствующий росту-возрастным показателям пациента и разрешенный к применению в медицинской практике		шт	1
68.	Стетфонендоскоп		шт	1
69.	Шарики/салфетки стерильные		шт	2
70.	Ёмкости для текущей дезинфекции		шт	1
71.	Ёмкости для отходов по классам опасности		шт	1

Тема 3.8. Краткое описание заболевания сахарный диабет, потребности пациента. Сестринская помощь пациенту с сахарным диабетом в условиях дома престарелых.

План:

1. Понятие о сахарном диабете
2. Симптомы диабета
3. Диагностика сахарного диабета
4. Осложнения при диабете
5. Особенности ухода при диабете
6. Понятие о доме престарелых

1. Сахарный диабет – это группа метаболических (обменных) заболеваний, которые характеризуются гипергликемией,

являющейся результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

В современной медицине выделяют три типа диабета и стадию, предшествующую заболеванию, которая называется преддиабетом. Сахарный диабет третьего типа (или гестационный диабет) характеризуется как кратковременное состояние, возникающее во время беременности. Сахарный диабет 1 и 2 типа являются хроническими.

- Сахарный диабет 1 типа (инсулинозависимый)

Точные причины возникновения сахарного диабета первого типа неизвестны. Вызывается сбоем работы клеток поджелудочной железы, которые перестают вырабатывать инсулин или вырабатывают его в недостаточном количестве. Это в свою очередь не позволяет поддерживать уровень сахара в крови в норме. Как правило, диагностируется у пациентов до 30-45 лет.

На данный момент лекарство от сахарного диабета 1 типа не изобретено. Лечение включает в себя поддержание уровня глюкозы в крови на нормальном уровне, что требует регулярного введения инсулина с помощью инъекций или инсулиновой помпы.

- Сахарный диабет 2 типа (инсулинонезависимый)

Самый распространенный тип диабета. Сахарный диабет второго типа, как и первый, характеризуется развитием резистентности к инсулину. В отличие от первого типа, который может возникать в детстве, сахарный диабет второго типа диагностируется в более зрелом возрасте.

Развитие сахарного диабета у пожилых людей связано с неправильной диетой и образом жизни. Чаще всего заболевание диагностируется у людей, страдающих ожирением. Тем не менее, он может быть обнаружен у больных, ведущих здоровый образ жизни из-за генетической предрасположенности.

2. СИМПТОМЫ ДИАБЕТА

Симптомы диабета 1 типа обычно возникают быстро, в течение нескольких дней или недель. Сахарный диабет 2 типа в свою очередь протекает бессимптомно и долгое время больные могут находиться в неведении по поводу своего диагноза.

Признаки диабета первого типа и второго типа различны, однако есть общие симптомы:

- Неконтролируемые жажда и чувство голода;
- Резкая потеря веса;
- Часто мочеиспускание;
- Резкое ухудшение зрения;
- Общая слабость;
- Повышенная утомляемость;
- Онемение и покалывание в руках и ногах;
- Незаживающие и долго заживающие раны, трещины. Ссадины;
- Зуд (в особенности в области половых органов).

Если вы обнаружили у себя или у родных эти симптомы, то следует немедленно обратиться к врачу за дальнейшей диагностикой и уточнением диагноза.

3. ДИАГНОСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- Анализы крови/мочи;
- Анализ на HbA1C (гликированный гемоглобин);
- Тест на толерантность к глюкозе;
- В некоторых случаях сахарный диабет 2 типа обнаруживается

при осмотре глазного дна или ротовой полости.

4. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДИАБЕТЕ

Сахарный диабет требует постоянного контроля и компенсации. При неконтролируемом ходе болезни могут развиваться два типа осложнений: ранние и поздние.

Ранние осложнения развиваются за несколько суток и, в некоторых случаях, часов.

К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- Гиперосмолярная кома – особый вид диабетической комы, который характеризуется крайней степенью нарушения метаболизма, вследствие резкого обезвоживания. Также может проявляться в виде нарушения сознания;

- Гипогликемия – патологическое состояние, которое характеризуется снижением концентрации глюкозы в крови ниже допустимой;

- Гипергликемия – повышенное содержание глюкозы в крови;

- Диабетический кетоацидоз – серьезное нарушение метаболизма, состояние, предшествующее развитию диабетической комы;

- И пр.

Долгосрочные осложнения обычно развиваются медленно. Чем дольше заболевание протекает без должного лечения, тем выше риск осложнения. В конечном счете, это может привести к инвалидности или даже к летальному исходу.

К ДОЛГОСРОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- *Сердечно-сосудистые заболевания:* диабет резко увеличивает риск различных сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе стенокардии - ишемической болезни сердца с болью в груди, сердечного приступа, инсульта и атеросклероза – сужения артерий;

- *Нейропатия:* избыток сахара может повредить стенки капилляров, которые питают нервные окончания, особенно в ногах. Это может вызвать покалывание, онемение, жжение или боль, которая обычно начинается на кончиках пальцев ног или пальцы постепенно распространяются вверх по конечности.

- При отсутствии лечения есть *риск потери чувствительности* в пораженных конечностях.
- Диабетическая нейропатия имеет также *гастроэнтерологические проявления*, которые приводят к нарушению пищеварения. К проявлениям относятся тошнота, рвота, диарея или запор. У мужчин нейропатия может привести к эректильной дисфункции;
- *Нефропатия*: повреждение почек. Серьезное повреждение ткани почек может привести к почечной недостаточности или необратимому заболеванию почек на конечной стадии, которое может потребовать диализ или пересадку почек;
- Диабетическая ретинопатия (слепота): диабет также повышает риск возникновения других серьезных заболеваний зрения, таких как катаракта и глаукома;
- *Повреждение стоп*: повреждение нервов в ступнях или плохой кровотока в ступнях увеличивают риск различных осложнений в ступнях. При отсутствии лечения, порезах и волдырях могут развиваться серьезные инфекции и незаживающие раны. Эти инфекции в конечном итоге могут привести к ампутации ступней или ног;
- *Кожные заболевания*, включая бактериальные и грибковые инфекции;
- *Нарушение слуха*;
- *Болезнь Альцгеймера*;
- *Депрессия*.

5. ОСОБЕННОСТИ УХОДА И ЛЕЧЕНИЕ

Сахарный диабет в пожилом возрасте переживается довольно трудно и часто требует посторонней ежедневной помощи.

Для должного ухода необходимо следующее:

- Владеть всей информацией о заболевании и течении болезни и соблюдать все рекомендации специалистов;

- Регулярно *контролировать уровень сахара* в крови, желательно несколько раз в месяц. Лучше всего это делать глюкометром;
- *Вести дневник состояний*;
- Регулярно *контролировать уровень сахара в моче* при помощи полосок-тестеров и вести дневник данных;
- Пожилым больным категорически *запрещено курить*, так как это может повысить риск инфаркта;
- Следует ограничить потребление алкоголя;
- Крайне важно *следить за личной гигиеной*. Кожу больного сахарным диабетом следует держать всегда сухой и чистой, особенно в местах, где есть складки. Особенно важно это если человек лежачий, так как требуется профилактика пролежней и регулярное подмыв после физиологических отпавлений. Всегда пользоваться присыпкой;
- *Заботиться о гигиене полости рта* и состоянии зубов. Из-за повышенного уровня сахара в крови иммунитет пациента слабеет, что приводит к инфицированию десен. Рекомендуется чистить зубы два раза в день, пользоваться нитью и ополаскивателями для рта. Также требуются регулярные приемы у стоматолога;
- Регулярно *проверять зрение* у врача-офтальмолога;
- *Следить за кровяным давлением и уровнем холестерина*;
- Требуется *строго соблюдать диету*, разработанную врачом-диетологом. Правильное сбалансированное питание – одно из главных составляющих терапии при сахарном диабете. Рекомендуемая диета для больного сахарным диабетом – *диета №9*;
- Заботиться о травмах кожи, сразу же промывать любые трещины, раны и порезы водой с мылом. Не пользоваться йодом или спиртом, так как это раздражает кожу;
- Помимо диеты еще одним фактором в лечении сахарного диабета является *физическая нагрузка в разумных пределах*. При этом нужно

соблюдать баланс между физической нагрузкой и уровнем поступающего инсулина;

- *Профилактика диабетической стопы.* Из-за сахарного диабета снижается чувствительность конечностей из-за нарушения кровообращения. Даже небольшие травмы кожи в виде ранок или порезов могут привести к гангрене и последующей ампутации.

Медицинская сестра обеспечивает:

- прием назначенных врачом двигательного режима и режима питания (стол №9)

- проведение проветривания и кварцевания палат, влажную уборку

- мероприятия по личной гигиене (уход за полостью рта, кожей, слизистыми, половыми органами при физиологических отправлениях)

- своевременный и правильный прием пациентами лекарственных препаратов

- контроль побочных эффектов лекарственной терапии

- оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях

- подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования

- проводит профилактику пролежней у тяжелобольных

- проводит уход при рвоте, диарее

- обучает пациентов контролю сахара крови, диуреза, измерению пульса, АД

- обучает родственников осуществлению мероприятий по уходу за тяжелобольным

- проводит беседы о мерах по предупреждению осложнений данных заболеваний, о вреде курения

6. Понятие о доме престарелых

Дом престарелых - государственная или частная организация, где престарелым людям, лишившимся другой поддержки или нуждающимся

в круглосуточном наблюдении, предоставляется кров и надлежащий медицинский уход.

В таких домах престарелые освобождаются от необходимости готовить себе еду и осуществлять уборку. Старики и старушки могут вместе проводить время за игрой в настольные игры, разговорами, прогулками, и просмотром телевизора.

Дома престарелых распространены преимущественно в странах, где преобладающим типом семьи является нуклеарная и где взрослые представители разных поколений живут самостоятельно друг от друга. Это США, Северная и Западная Европа, Япония. В других странах престарелые люди, как правило, живут вместе с взрослыми детьми или другими близкими родственниками.

Качество услуг в данных учреждениях сильно варьируется: дом престарелых может быть бесплатным, обеспечиваемым государством, или платным, причём как с арендной платой, так и с единым разовым платежом, дающим права собственности на часть дома.

Практическое занятие по теме: «Сестринская помощь пациенту с сахарным диабетом в условиях дома престарелых».

Цель занятия: готовность использовать знания и практические навыки в уходе за пациентами с сахарным диабетом в условиях дома престарелых.

Задачи:

Знать

Что такое сахарный диабет
Признаки сахарного диабета
Осложнения сахарного диабета

Уметь

Определить нарушенные потребности.
Оказать психологическую помощь пациенту

Потребности пациента.

Алгоритм:

- измерения глюкозы экспресс-методом

Уметь выполнять алгоритм:

- измерения глюкозы экспресс-методом

Краснов П. А., 75 лет, длительное время страдает Сахарным диабетом 2 типа. Диабетической непролиферативной ретинопатией. Диабетической полинейропатией, сенсомоторная форма. До недавнего времени он жил с женой, которая заботилась о нем. После ее смерти дети поместили его в центр сестринского ухода, так как он плохо видит и нуждается в посторонней помощи. После смерти жены пациент стал капризным и не следует рекомендациям врача. Он ест много шоколада, так как считает, что это помогает ему справляться со стрессом. Он перестал ходить, жалуясь на повышенную усталость, и отказывается принимать лекарства, а также не измеряет уровень сахара в крови.

Задания:

11. Оцените состояние пациента?
12. Определите нарушенные потребности пациента?
13. Проведите беседу с пациентом, дав рекомендации по питанию, необходимости применения лекарственных препаратов и контролю глюкозы в крови.
14. Выполните измерение уровня глюкозы с использованием глюкометра

Инструкция по измерению уровня глюкозы

Алгоритм измерения глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра.

Цель: Определить уровень глюкозы крови и оценить компенсацию диабета.

Показания: по назначению врача для оценки компенсации диабета и коррекции сахароснижающей терапии, для самоконтроля.

Оснащение:

1. Глюкометр (прошедший ежегодную проверку, соответствующий стандартам iso 15197:2003)
2. Тест-полоски.
3. Ручка для прокалывания
4. Ланцеты
5. Контрольный раствор
6. Дезинфицирующие салфетки

Подготовка к процедуре:

Провести обработку рук гигиеническим способом.

Подготовить прибор для исследования.

В него входит глюкометр, тест-полоски, ланцет для прокалывания подушечки пальца

Перед измерением убедитесь, что код на флаконе с тест-полосками совпадает с кодом на дисплее глюкометра. Если это не так, то перекодируйте прибор.

Убедиться, что в устройство для прокалывания пальца вставлен новый ланцет.

Выполнение процедуры:

1. Подготовить набор для тестирования.
2. Тщательно вымыть и высушить руки.
3. Поместить тест-полоску в глюкометр.
4. Проколоть ланцетом подушечку пальца сбоку, где расположено меньше нервных окончаний, нежели посередине подушечки пальца.
5. Вероятно, придется сжать палец для того, чтобы появилась кровь. Если кровь не появляется, необходимо проткнуть палец еще раз.
6. После появления крови необходимо поместить каплю на тест-полоску, подождать несколько секунд. Обычно результат появляется уже через 5–10 секунд.

7. Если проверка не удалась, необходимо повторить процедуру заново с третьего шага.

Окончание процедуры:

1. В случае успешной процедуры необходимо удалить с помощью дезинфицирующей салфетки кровь с пальца.

2. Обработать руки гигиеническим способом.

3. Записать результаты в дневник.

4. Удалить тест-полоску из глюкометра.

5. Удалить использованный ланцет из устройства для прокалывания.

6. Утилизировать использованный ланцет и тест-полоску.

7. О результатах измерения сообщить врачу.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

- Перед отбором крови, по возможности, мойте руки теплой водой. Это служит не только гигиене, но и повышает кровообращение. При недостаточном кровообращении взятие крови затруднено, т. к. для получения капельки крови прокол должен быть глубже.

- Тщательно просушите руки. Место прокалывания не должно быть влажным, т. к. жидкость разбавляет пробу крови, что также ведет к неверным результатам измерения.

- Рекомендуется использовать 3 пальца на каждой руке (обычно не прокалывают большой и указательный пальцы).

- Прокалывание наименее болезненно, если Вы берете кровь не прямо из центра подушечки пальца, а слегка сбоку. Не прокалывайте палец глубоко. Чем глубже прокол, тем больше повреждение тканей, выберите оптимальную глубину прокола на ручке для прокалывания. Для взрослого человека это уровень 2-3

- Никогда не применяйте ланцет, который использовал кто-то другой! Потому, что одна небольшая капля крови, оставшаяся на этом устройстве, в случае, если она инфицирована, может вызвать заражение.

- Выдавите первую капельку крови и уберите ее сухой ваткой. Следите за тем, чтобы кровь оставалась каплеобразной и не смазывалась. Смазанная капля не может быть впитана тест-полоской.

- Не сжимайте палец, чтобы получить большую каплю крови. При сжатии кровь смешивается с тканевой жидкостью, что может вести к неверным результатам измерений.

- Учтите: отверстия для забора крови находятся по краям тест-полоски, а не на плоскости. Поэтому подведите палец к краю тест-полоски слева или справа, они помечены чёрным цветом. Под действием капиллярных сил, необходимое количество крови втягивается автоматически.

- Вынимайте тест-полоску из упаковки непосредственно перед измерением. Тест-полоски чувствительны к влаге.

- Тест-полоски можно брать сухими и чистыми пальцами в любом месте.

- Упаковка с тест-полосками всегда должны быть плотно закрыта. Она имеет покрытие, поддерживающее тест-полоски сухими. Поэтому ни в коем случае не перекладывайте тест-полоски в другую емкость.

- Храните тест-полоски при нормальной комнатной температуре. Температура хранения составляет +4 — +30 °С. Не используйте тест-полоски по истечении срока годности, обозначенного на упаковке.

Контрольные вопросы:

1. Что вы понимаете под сахарным диабетом.
2. Основные факторы развития сахарного диабета.
3. Возможные осложнения при сахарном диабете.
4. В чем заключается диета при сахарном диабете.

5. Для чего необходим глюкометр и как им пользоваться.

Инфраструктурный лист

№	Наименование	Техническое описание	Ед. измерения	Кол-во
72.	Перчатки не стерильные		шт	1
73.	Глюкометр		шт	1
74.	Тест-полоски		шт	1
75.	Ручка для прокалывания		шт	2
76.	Ланцеты		шт	1
77.	Контрольный раствор		шт	1
78.	Дезинфицирующие салфетки		шт	1

Требования к оформлению постера

- 1.** Формат памятки А4, ориентация листа – альбомная
- 2.** Аккуратность и наглядность
- 3.** Профилактическая направленность.
- 4.** Четкое и конкретное изложение текста
- 5.** Наличие логической связи представленной информации
- 6.** Информативность и грамотность изложения и представления работы

Требования охраны труда

Инструкция по охране труда для участников

1. Общие требования охраны труда

Для участников от 14 до 18 лет

1.1. К участию в конкурсе, под непосредственным руководством Экспертов Компетенции «Медицинский и социальный уход» по стандартам «WorldSkills» допускаются участники в возрасте от 14 до 18 лет:

- прошедшие инструктаж по охране труда по «Программе инструктажа по охране труда и технике безопасности»;
- ознакомленные с инструкцией по охране труда;
- имеющие необходимые навыки по эксплуатации инструмента, приспособлений совместной работы на оборудовании;
- не имеющие противопоказаний к выполнению конкурсных заданий по состоянию здоровья.

1.2. В процессе выполнения конкурсных заданий и нахождения на территории и в помещениях места проведения конкурса, участник обязан четко соблюдать:

- инструкции по охране труда и технике безопасности;
- не заходить за ограждения и в технические помещения;
- соблюдать личную гигиену;
- принимать пищу в строго отведенных местах;
- самостоятельно использовать инструмент и оборудование, разрешенное к выполнению конкурсного задания;

1.3. Участник для выполнения конкурсного задания использует инструмент:

Наименование инструмента	
использует самостоятельно	использует под наблюдением эксперта или назначенного ответственного лица старше 18 лет:
Термометр медицинский бесконтактный/пирометр/инфр акрасный контактный/электронный	-
Аппарат для измерения АД электронный	-
Аппарат для измерения АД механический	-
Шприц инсулиновый	Шприц инсулиновый
Шприц - ручка	Шприц - ручка
Пинцет	Пинцет
Лотки почкообразные	-
Лотки прямоугольные	-
Канюли для подачи кислорода	Канюли для подачи кислорода
Маска для подачи кислорода	Маска для подачи кислорода
Приспособление для надевания компрессионных чулок	
Набор ложка/вилка с утяжелителем	
Активный захват	
Приспособление для одевания носков	

Нож с вертикально загнутой ручкой	
Приспособления для застегивания пуговиц	
Ножницы медицинские прямые, тупоконечные	Ножницы медицинские прямые, тупоконечные
Ножницы для разрезания повязки по Листеру	Ножницы для разрезания повязки по Листеру
Шприц для подкожной инъекции	

Участник для выполнения конкурсного задания использует химические дезинфекционные средства:

Наименование	
использует самостоятельно	использует под наблюдением эксперта или назначенного ответственного лица старше 18:
Антисептик на основе спирта/на водной основе	Антисептик на основе спирта
Антисептик	Антисептик
Дезинфицирующее средство	Дезинфицирующее средство

Участник для выполнения конкурсного задания использует оборудование:

Наименование оборудования	
использует самостоятельно	выполняет под наблюдением эксперта или назначенного

	ответственного лица старше 18 лет:
Кровать функциональная, 3-х секционная с электроприводом	Кровать функциональная, 3-х секционная с электроприводом
Тумба прикроватная	-
Мобильный инструментальный столик	-
Кресло – каталка	Кресло – каталка
Тумба медицинская с выдвижными полками	
Противопрележневый матрац	-
Тележка для сбора грязного белья	-
Контейнер для дезинфекции 5 л, 3 л, 1 л	-
Тележка для контейнеров	-
Контейнер для сбора медицинских отходов А класса	-
Контейнер для сбора медицинских отходов Б класса	Контейнер для сбора медицинских отходов Б класса
Раковина с локтевым смесителем	Раковина с локтевым смесителем
Дозатор	Дозатор
Диспенсер	-
Панель жизнеобеспечения	Панель жизнеобеспечения
Аппарат Боброва (Увлажнитель)	Аппарат Боброва (Увлажнитель)
Фантом головы с пищеводом и желудком	-
Разделитель для таблеток (таблетница)	-
Емкость для воды 3л.	-

Фантом таза для обработки стом	Фантом таза для обработки стом
Медицинская кушетка с пневмоприводом/медицинская кушетка со ступенями	Медицинская кушетка с пневмоприводом/ медицинская кушетка со ступенями
Светильник напольный торшер	Светильник напольный торшер
Ростомер	Ростомер
Весы напольные медицинские	Весы напольные медицинские
Доска для пересаживания	Доска для пересаживания
Напольный поворотный диск	Напольный поворотный диск
Костыли	Костыли
Трость	Трость
Роллатор	Роллатор
Пояс для перемещения	Пояс для перемещения
Ходунки бесколесные с регулируемой высотой/рамка Циммера	Ходунки бесколесные с регулируемой высотой/рамка Циммера
Скользящие простыни	Скользящие простыни
Чайник электрический	Чайник электрический
Набор посуды с нескользящим дном	Набор посуды с нескользящим дном
Технические средства реабилитации для стомированных пациентов	Технические средства реабилитации для стомированных пациентов
Кровать домашняя 3-х секционная с электроприводом.	Кровать домашняя 3-х секционная с электроприводом.

При выполнении Конкурсного задания на участника могут воздействовать следующие вредные и (или) опасные факторы:

Физические:

- порезы при работе со стеклянной посудой;
- травмы при использовании предметов, оборудования;
- травмы при несоблюдении правил биомеханики;
- повышение напряжения в электрической цепи;
- замыкание, удар электрическим током.

Химические:

- воздействия химических веществ, входящих в состав медицинских лекарственных препаратов,
 - воздействия химических веществ, входящих в состав дезинфекционных средств.
- Психологические:

- чрезмерное эмоциональное напряжение;
- нервно-психические перегрузки;

Опасность возникновения пожара.

Применяемые во время выполнения конкурсного задания средства индивидуальной защиты:

- халат (костюм) их хлопчатобумажной ткани;
- халат одноразовый;
- шапочка их хлопчатобумажной ткани;
- шапочка одноразовая;
- маска одноразовая ,медицинская трехслойная из нетканого материала на резинке.
- перчатки медицинские нестерильные;
- перчатки медицинские стерильные;
- защитные очки;
- защитные нарукавники;
- тапочки (обувь с фиксирующимся задником, с нескользящей подошвой, материал верха устойчивый к обработке

дезинфекционными средствами);

-фартук непромокаемый.

При работе с бактерицидными лампами

-защитные очки;

При приготовлении дезинфицирующих растворов:

-респиратор;

-халат одноразовый;

-шапочка одноразовая;

-маска одноразовая;

-перчатки медицинские нестерильные;

-защитные очки;

1.7. Знаки безопасности, используемые на рабочем месте, для обозначения присутствующих опасностей:



- знак **Опасность поражения электрическим током**



- знак **Пожароопасно. Легковоспламеняющиеся вещества**



-знак **Осторожно. Вредные для здоровья аллергические вещества**



- Предупредительный знак "Осторожно. Скользко"



- Предупредительный знак опасности "Осторожно. Холод"

1.8. При несчастном случае пострадавший или очевидец несчастного случая обязан немедленно сообщить о случившемся Экспертам.

В помещении комнаты Экспертов, комнаты Конкурсантов и на площадках выполнения конкурсного задания находится аптечка первой помощи, укомплектованная изделиями медицинского назначения, ее

необходимо использовать для оказания первой помощи, самопомощи в случаях получения травмы.

В случае возникновения несчастного случая или болезни участника, об этом немедленно уведомляются Главный эксперт, Лидер команды и Эксперт. Главный эксперт принимает решение о назначении дополнительного времени для участия. В случае отстранения участника от дальнейшего участия в Чемпионате ввиду болезни или несчастного случая, он получит баллы за любую завершённую работу.

Вышеуказанные случаи подлежат обязательной регистрации в Форме регистрации несчастных случаев и в Форме регистрации перерывов в работе.

1.9. Участники, допустившие невыполнение или нарушение инструкции по охране труда, привлекаются к ответственности в соответствии с Регламентом WorldSkills Russia.

Несоблюдение участником норм и правил ОТ и ТБ ведет к потере баллов. Постоянное нарушение норм безопасности может привести к временному или перманентному отстранению аналогично апелляции.

2. Требования охраны труда перед началом работы

Перед началом работы участники должны выполнить следующее:

2.1. В день С-1 все участники должны ознакомиться с инструкцией по технике безопасности, с планами эвакуации при возникновении пожара, местами расположения санитарно-бытовых помещений, медицинскими кабинетами, питьевой воды, подготовить рабочее место в соответствии с Техническим описанием компетенции.

Проверить специальную одежду, обувь и др. средства индивидуальной защиты. Одеть необходимые средства защиты для выполнения подготовки рабочих мест, инструмента и оборудования.

По окончании ознакомительного периода, участники подтверждают свое ознакомление со всеми процессами, подписав лист прохождения

инструктажа по работе на оборудовании по форме, определенной Оргкомитетом.

2.2. Подготовить рабочее место:

- убедиться в наличии свободных проходов в пределах рабочей зоны,
- убедиться в том, что проход к противопожарному инвентарю и запасным выходам свободен;

- оценить состояние поверхности пола на всем рабочем маршруте (отсутствие выбоин, неровностей, скользкости).

- проверить правильность подключения оборудования, применяемого в работе;

- убедиться в достаточности освещенности;

- проверить правильность установки стола, стула, положения оборудования и инструмента, при необходимости, обратиться к эксперту для устранения неисправностей в целях исключения неудобных поз и длительных напряжений тела.

Инструмент и оборудование, не разрешенное к самостоятельному использованию, к выполнению конкурсных заданий подготавливает уполномоченный Эксперт, участники могут принимать посильное участие в подготовке под непосредственным руководством и в присутствии Эксперта.

2.4. В день проведения конкурса изучить содержание и порядок проведения модулей конкурсного задания, а также безопасные приемы их выполнения. Проверить пригодность инструмента и оборудования визуальным осмотром.

Привести в порядок рабочую специальную одежду и обувь: надеть спецодежду (халат/ костюм медицинский, вторую обувь, шапочку) и при необходимости индивидуальные средства защиты, волосы тщательно заправить под головной убор, снять украшения (кольца, браслеты, цепочки), одежду из шелка, нейлона, капрона и других синтетических материалов, сильно электризующихся при движении, так как это приводит к быстрому накоплению электрических зарядов.

2.5. Ежедневно, перед началом выполнения конкурсного задания, в процессе подготовки рабочего места:

- осмотреть и привести в порядок рабочее место, средства индивидуальной защиты;

- убедиться в достаточности освещенности;

- проверить (визуально) правильность подключения инструмента и оборудования в электросеть;

- проверить правильность установки стола, стула, положения оборудования и инструмента, при необходимости, обратиться к эксперту для устранения неисправностей в целях исключения неудобных поз и длительных напряжений тела.

2.6. Подготовить необходимые для работы материалы, приспособления, и разложить их на свои места, убрать с рабочего стола все лишнее.

2.7. Участнику запрещается приступать к выполнению конкурсного задания при обнаружении неисправности инструмента или оборудования. О замеченных недостатках и неисправностях немедленно сообщить Эксперту и до устранения неполадок к конкурсному заданию не приступать.

3. Требования охраны труда во время работы

3.1. При выполнении конкурсных заданий участнику необходимо соблюдать требования безопасности при использовании инструмента и оборудования:

Наименование инструмента/оборудования	Требования безопасности
Кровать функциональная, 3-х секционная с электроприводом	- перед включением, убедиться в исправности электрических розеток и целостности электрических шнуров; - во время подъема и опускания кровати/кушетки, лицам не участвующим в данных манипуляциях

Наименование инструмента/ оборудования	Требования безопасности
<p>Кровать домашняя 3-х секционная с электроприводом. Медицинская кушетка с пневмоприводом</p>	<p>необходимо отойти на расстояние 0,5 м от нее; -действия по трансформации кровати необходимо производить плавно, без резких движений, во избежание получения травм; - при регулировке кровати/кушетки необходимо проверить, чтобы пальцы, кисти рук и другие части тела не попали между подвижными частями кровати; - при работе с кроватью с электроприводом, кушеткой с пневмоприводом не работать с пультом мокрыми руками.</p>
<p>Автоматические приборы для измерения А/Д, бесконтактн ые термометры</p>	<p>- перед использованием проверить работоспособность аппарата; -после использования приборы выключить, разъединить, съемные детали продезинфицировать..</p>
<p>Предметы одноразового пользования: перевязочный материал.</p>	<p>-после использования должны подвергаться дезинфекции с последующей утилизацией;</p>
<p>Стол, тумба, диван, кресло, тележка для белья, манипуляционные столики,</p>	<p>-при необходимости передвижения и - перед началом работы после передвижения убедиться, что тормоза зафиксированы.</p>

Наименование инструмента/оборудования	Требования безопасности																																																																														
<p>кушетка медицинская, стул лабораторный, тумба медицинская с выдвижными полками, кресло – каталка.</p>																																																																															
<p>Приборы, медицинское оборудование</p>	<p>-при переноске следует соблюдать установленные нормы перемещения тяжестей вручную. Лицам моложе восемнадцати лет разрешается поднимать и переносить тяжести вручную:</p> <table border="1" data-bbox="625 1317 1513 1693"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Характер работы, показатели тяжести труда</th> <th colspan="7">Предельно допустимая масса груза</th> </tr> <tr> <th colspan="4">Юноши</th> <th colspan="3">Девуш</th> </tr> <tr> <th>14 лет</th> <th>15 лет</th> <th>16 лет</th> <th>17 лет</th> <th>14 лет</th> <th>15 лет</th> <th>16 лет</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подъем и перемещение вручную груза постоянно в течение рабочей смены</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Подъем и перемещение груза вручную в течение не более 1/3 рабочей смены:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- постоянно (более 2-х раз в час)</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>11</td> <td>13</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- при чередовании с другой работой (до 2-х раз в час)</td> <td>12</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>24</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Суммарная масса груза, перемещаемого в течение смены:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- подъем с рабочей поверхности</td> <td>400</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>1500</td> <td>180</td> <td>200</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>- подъем с пола</td> <td>200</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>700</td> <td>90</td> <td>100</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>	Характер работы, показатели тяжести труда	Предельно допустимая масса груза							Юноши				Девуш			14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	14 лет	15 лет	16 лет	Подъем и перемещение вручную груза постоянно в течение рабочей смены	3	3	4	4	2	2	3	Подъем и перемещение груза вручную в течение не более 1/3 рабочей смены:								- постоянно (более 2-х раз в час)	6	7	11	13	3	4	5	- при чередовании с другой работой (до 2-х раз в час)	12	15	20	24	4	5	7	Суммарная масса груза, перемещаемого в течение смены:								- подъем с рабочей поверхности	400	500	1000	1500	180	200	400	- подъем с пола	200	250	500	700	90	100	200
Характер работы, показатели тяжести труда	Предельно допустимая масса груза																																																																														
	Юноши				Девуш																																																																										
	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	14 лет	15 лет	16 лет																																																																								
Подъем и перемещение вручную груза постоянно в течение рабочей смены	3	3	4	4	2	2	3																																																																								
Подъем и перемещение груза вручную в течение не более 1/3 рабочей смены:																																																																															
- постоянно (более 2-х раз в час)	6	7	11	13	3	4	5																																																																								
- при чередовании с другой работой (до 2-х раз в час)	12	15	20	24	4	5	7																																																																								
Суммарная масса груза, перемещаемого в течение смены:																																																																															
- подъем с рабочей поверхности	400	500	1000	1500	180	200	400																																																																								
- подъем с пола	200	250	500	700	90	100	200																																																																								

3.2. При выполнении конкурсных заданий и уборке рабочих мест:

- необходимо быть внимательным, не отвлекаться посторонними разговорами и делами, не отвлекать других участников;
- соблюдать настоящую инструкцию;

- соблюдать правила эксплуатации оборудования, механизмов и инструментов, не подвергать их механическим ударам, не допускать падений;

- поддерживать порядок и чистоту на рабочем месте;

- рабочий инструмент располагать таким образом, чтобы исключалась возможность его скатывания и падения;

- выполнять конкурсные задания только исправным инструментом;

- соблюдать правила эксплуатации оборудования, механизмов и инструментов, не подвергать их механическим ударам, не допускать падений.

При работе с электроприборами запрещено:

- пользоваться электрическими шнурами с поврежденной изоляцией;

- закреплять электрические лампы с помощью веревок и ниток, подвешивать светильники непосредственно на электрических проводах;

- оставлять без присмотра включенные в сеть электрические приборы;

- включать и выключать электрические приборы мокрыми руками, вынимать вилку из розетки за электрический шнур;

- проводить замену лампы, устранение неисправностей и санитарную обработку светильника во включенном состоянии.

При работе с кислородсодержащим оборудованием:

- соблюдать все меры предосторожности;

- строго запрещается открывать кран кислородопровода масляными, жирными руками;

- при утечке кислорода, необходимо сообщить Экспертам.

3.3. При неисправности инструмента и оборудования – прекратить выполнение конкурсного задания и сообщить об этом Эксперту, а в его отсутствие заместителю главного Эксперта.

Запрещается пользоваться при выполнении Конкурсного задания любыми средствами связи.

При работе с лекарственными средствами с встроенными флаконами, наполненными препаратом, механизмами дозированной подачи - все способы

введения проводить только в муляжи, специальные накладки или фантомы, либо использовать вещества без явных лечебных свойств (препараты плацебо). Остальные случаи будут рассматриваться как грубое нарушение техники безопасности с соответствующими санкциями.

4. Требования охраны труда в аварийных ситуациях

4.1. При обнаружении неисправности в работе электрических устройств, находящихся под напряжением (повышенном их нагреве, появления искрения, запаха гари, задымления и т.д.), участнику следует немедленно сообщить о случившемся Экспертам. Выполнение конкурсного задания продолжить только после устранения возникшей неисправности.

4.2. В случае возникновения у участника плохого самочувствия или получения травмы сообщить об этом эксперту.

4.3. При поражении участника электрическим током немедленно отключить электросеть, оказать первую помощь (самопомощь) пострадавшему, сообщить Эксперту, при необходимости обратиться к врачу.

4.4. При несчастном случае или внезапном заболевании необходимо в первую очередь отключить питание электрооборудования, сообщить о случившемся Экспертам, которые должны принять мероприятия по оказанию первой помощи пострадавшим, вызвать скорую медицинскую помощь, при необходимости отправить пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

4.5. При возникновении пожара необходимо немедленно оповестить Главного эксперта и экспертов. При последующем развитии событий следует руководствоваться указаниями Главного эксперта или эксперта, заменяющего его. Приложить усилия для исключения состояния страха и паники.

При обнаружении очага возгорания на конкурсной площадке необходимо любым возможным способом постараться загасить пламя в "зародыше" с обязательным соблюдением мер личной безопасности.

При возгорании одежды попытаться сбросить ее. Если это сделать не удастся, упасть на пол и, перекатываясь, сбить пламя; необходимо накрыть горящую одежду куском плотной ткани, облиться водой, запрещается бежать – бег только усилит интенсивность горения.

В загоревшемся помещении не следует дожидаться, пока приблизится пламя. Основная опасность пожара для человека – дым. При наступлении признаков удушья лечь на пол и как можно быстрее ползти в сторону эвакуационного выхода.

4.6. При обнаружении взрывоопасного или подозрительного предмета не подходите близко к нему, предупредите о возможной опасности находящихся поблизости экспертов или обслуживающий персонал.

При происшествии взрыва необходимо спокойно уточнить обстановку и действовать по указанию экспертов, при необходимости эвакуации возьмите с собой документы и предметы первой необходимости, при передвижении соблюдайте осторожность, не трогайте поврежденные конструкции, оголившиеся электрические провода. В разрушенном или поврежденном помещении не следует пользоваться открытым огнем (спичками, зажигалками и т.п.).

5.Требование охраны труда по окончании работ

После окончания работ каждый участник обязан:

5.1. Привести в порядок рабочее место.

5.2. Убрать средства индивидуальной защиты в отведенное для хранения место.

5.3. Отключить инструмент и оборудование от сети.

5.4. Инструмент убрать в специально предназначенное для хранения место.

5.5. Сообщить эксперту о выявленных во время выполнения конкурсных заданий неполадках и неисправностях оборудования и инструмента, и других факторах, влияющих на безопасность выполнения конкурсного задания.

Тестовое задание

Ответь на вопрос «Да», если вы согласны с ответом или «Нет», если не согласны с ответом

1. При обнаружении неисправности в работе электрических устройств, находящихся под напряжением (повышенном их нагреве, появления искрения, запаха гари, задымления и т.д.), участнику следует немедленно сообщить о случившемся Экспертам. Выполнение конкурсного задания продолжить только после устранения возникшей неисправности.

✓ Да

✓ Нет

2. При поражении участника электрическим током немедленно отключить электросеть, оказать первую помощь (самопомощь) пострадавшему, сообщить Эксперту, при необходимости обратиться к врачу

✓ Да

✓ Нет

3. При возникновении пожара необходимо немедленно оповестить Главного эксперта и экспертов.

✓ Да

✓ Нет

4. При обнаружении взрывоопасного или подозрительного предмета не подходите близко к нему, предупредите о возможной опасности находящихся поблизости экспертов или обслуживающий персонал

✓ Да

✓ Нет

5. При неисправности инструмента и оборудования – прекратить выполнение конкурсного задания и сообщить об этом Эксперту, а в его отсутствие заместителю главного Эксперта.

✓ Да

✓ Нет

6.Сообщить эксперту о выявленных во время выполнения конкурсных заданий неполадках и неисправностях оборудования и инструмента, и других факторах, влияющих на безопасность выполнения конкурсного задания.

- ✓ Да
- ✓ Нет

7.При наступлении признаков удушья лечь на пол и как можно быстрее ползти в сторону эвакуационного выхода.

- ✓ Да
- ✓ Нет

8.В случае возникновения у участника плохого самочувствия или получения травмы сообщить об этом эксперту.

- ✓ Да
- ✓ Нет

9.При выполнении конкурсных заданий и уборке рабочих мест необходимо быть внимательным, не отвлекаться посторонними разговорами и делами, не отвлекать других участников

- ✓ Да
- ✓ Нет

10.Строго запрещается открывать кран кислородопровода масляными, жирными руками;

- ✓ Да
- ✓ Нет