

Презентация по предмету: “ Технология выполнения сестринских услуг”

Выполнил работу
студент

1 курса, группы ЛД-13

Филиппов А.А.

Преподаватель

Баишева А.Д.

СОДЕРЖАНИЕ

- Прием пациента в стационар
Введение сестринской документации
- Оценка функционального состояния пациента
- Наблюдения за пациентами
- Личная гигиена пациента
- Профилактика опрелостей пролежней
- Методы простейшей физиотерапии. Оксигенотерапия
- Питание и кормление пациента
- Клизма. Газоотводная трубка.

ПРИЕМ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР ВВЕДЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

- Введение.
- Устройство и функции приемного отделения стационара.
- Содержание деятельности сестринского персонала в приемном отделении.
- Пути госпитализации пациентов в стационар.
- Документация, необходимая для приема пациента в стационар.

ВВЕДЕНИЕ

- Приём пациента в различные отделения стационара осуществляется через приёмное отделение. Исключением являются инфекционное и родильное отделения, которые имеют самостоятельные приёмные отделения.
- Медсестра приемного отделения является первым медицинским работником, с которым встречается пациент, поступающий на стационарное лечение, поэтому часто от поведения медсестры зависит психологическое состояние пациента.
- Беседуя с пациентом, медсестра приемного отделения должна проявить терпение, задавая вопросы, корректные по форме и тактичные по содержанию.
- Деонтологические аспекты поведения медсестры приемного отделения подразумевают быстрее оказание медицинской помощи пациенту (вызов дежурного врача, консультантов, лаборантов, быстрое оформление документов, а часто и оказание неотложной помощи).
- При приеме пациентов не должно быть никакого деления по социальному положению (бизнесмен или бомж), все пациенты имеют право получить при необходимости квалифицированную медицинскую помощь.

УСТРОЙСТВО И ФУНКЦИИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

Устройство приемного отделения

1. Зал ожидания - для пациентов, их сопровождающих. Здесь должно быть достаточное количество стульев, кресел, телефон справочной службы больницы.
2. Кабинет дежурной медсестры - здесь производится регистрация поступающих пациентов, оформление необходимой документации.
3. Смотровые кабинеты - для осмотра пациентов врачами (терапевт, хирург, гинеколог).
4. Процедурный кабинет.
5. перевязочная, малая операционная.
6. Санпропускник - для санитарной обработки пациентов (ванна, комната для переодевания).
7. Изолятор с отдельным санузлом - для пациентов с неясным диагнозом.
8. Рентгентабинет.
9. Лаборатория.
10. Санузел.



- Функции приемного отделения

- 1. Прием и регистрация пациентов.
- 2. Осмотр, первичное обследование пациентов, диагностика.
- 3. Санитарно - гигиеническая обработка вновь поступивших пациентов.
- 4. Оказание квалифицированной медицинской помощи.
- 5. Транспортировка пациентов в лечебные отделения больницы.

СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

- **Общая часть**
- На должность м/с приемного отделения назначается специалист, имеющий среднее мед. образование.
- М/с приёмного отделения назначает и увольняет главный врач больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством.
- Подчиняется врачу и старшей м/с приемного отделения.
- Распоряжения м/с являются обязательными для младшего мед. персонала приемного отделения.

• **Обязанности**

- Знакомится с бланком направления на госпитализацию и сопровождает пациента в кабинет врача.
- Выслушивает жалобы пациента, поступившего «самотеком» и направляет его к дежурному врачу.
- Заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного больного». Производит измерение температуры тела пациента. Выполняет процедуры и манипуляции, назначенные врачом.
- Помогает пациенту во время осмотра врачом.
- Осуществляет по указанию врача вызов консультантов и лаборантов в приемное отделение.
- В случае задержки срочных консультантов, извещает об этом дежурного врача приемного отделения для принятия соответствующих мер.
- Следит за состоянием пациентов, находящихся в изоляторе и своевременно выполняет все указания врача, связанные с проведением диагностических, а также лечебных процедур.
- Своевременно передает телефонограммы в отделение милиции, активные вызовы в поликлиники города, экстренные извещения в центр Госсанэпиднадзора об инфекционном заболевании.
- Наблюдает за качеством санитарной обработки пациентов, а в некоторых случаях участвует в ее проведении.

- Осуществляет взятие кала, мочи, рвотных масс и промывных вод для лабораторного исследования.
- Получает у старшей м/с лекарственные средства и обеспечивает их хранение.
- Выдает в экстренных случаях лекарственные средства по требованиям, подписанным дежурным врачом по заявкам отделений (в те часы, когда не работает больничная аптека).
- Наблюдает за санитарным состоянием в отделении и контролирует работу младшего медицинского персонала. Не допускает присутствия в отделении или хождения посторонних лиц.
- Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.
- Своевременно сдает ст. м/с отделения аппаратуру и инструменты для ремонта.
- Производит опись одежды пациентов (сортирует их одежду).
- Передает одежду и вещи для дезинфекции (дезинсекции) и в камеру хранения.
- До передачи в камеру хранения складировует одежду пациентов.
- Производит осмотр пациента и одежды на педикулез.
- При подозрении на инфекционное заболевание, при обнаружении педикулеза производит обработку пациента, а также дезинфекцию и/или дезинсекцию помещения отделения в соответствии с действующими инструкциями.
- Систематически повышает квалификацию, посещая занятия и конференции, организуемые для среднего медперсонала в лечебном учреждении и в отделении.

Права

- В отсутствии врача оказывает экстренную доврачебную мед помощь в пределах своей профессиональной компетенции.
- Повышает профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования.
- Отдает распоряжения младшему медперсоналу отделения в соответствии с уровнем его компетенции и квалификации и контролирует их выполнение.
- Получает информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
- Вносит предложения ст м/с отделения по вопросам улучшения организации и условий труда.

Ответственность

- Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения. Несет ответственность за материальные ценности.

ПУТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАР

- В приёмное отделение стационара пациенты поступают в экстренном и плановом порядке.
 - 1) машиной скорой медицинской помощи;
 - 2) по направлению врача амбулаторно-поликлинического учреждения;
 - 3) переводом из других ЛПУ;
 - 4) без какого либо направления ЛПУ, если пациенту стало плохо на улице недалеко от стационара (самотеком).

ДОКУМЕНТАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПРИЕМА ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР

- Всю МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ оформляет сестра приемного отделения после осмотра пациента врачом и решения им вопроса о госпитализации больного в данное лечебное учреждение.
- Медсестра:
 - - измеряет температуру тела пациента и записывает ее в «Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации» (ФОРМА №001 У);
 - - оформляет титульный лист «Медицинской карты стационарного больного» (форма №003 у) или истории болезни;
 - -заполняет паспортную и левую сторону «Статистической карты выбывшего из стационара (форма № 066 у).
- Если пациент доставлен в приемное отделение в состоянии средней тяжести, медсестра обязана оказать пациенту первую доврачебную медицинскую помощь, срочно пригласить врача и быстро выполнить все врачебные назначения.
- Если у пациента имеются документы и ценности, медсестра принимает их у пациента или персонала скорой помощи по описи в сопроводительном листе.
- Основные сведения о пациентах, которым в приемном отделении была оказана только амбулаторная помощь, медсестра записывает в «Журнал регистрации амбулаторных больных» (форма №074 у).
- Если человека доставили в приёмное отделение с улицы в бессознательном состоянии и без документов, м/с после осмотра врачом, оказания экстренной помощи и заполнения необходимой документации обязана позвонить в отделение полиции по месту происшествия, указав приметы поступившего (пол, рост, приблизительный возраст, телосложение), описав одежду. Во всех документах до выяснения личности пациент числится «неизвестным». В «Журнале телефонограмм», помимо текста, даты и времени её передачи, указывается, кем она принята.
- При необходимости в дополнительных инструментальных и лабораторных клинических исследованиях, консультациях вызывает всех необходимых специалистов.
- По окончании дежурства сведения обо всех госпитализированных и находящихся в диагностических палатах приемного отделения пациентах заносятся в алфавитную книгу (для справочной службы).

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

- Пульс и его характеристика.
- Подсчет артериального пульса.
- Измерение артериального давления.
- Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
- Построение графика температурной кривой.

ПУЛЬС И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКА.

Различают артериальный, капиллярный и венозный пульс.

- **Артериальный пульс** - это ритмичные колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему в течении одного сокращения сердца. Различают центральный и периферический пульс.

Медицинская сестра пальцами правой руки охватывает кисть пациента в области лучезапястного сустава. Первый палец располагают на тыльной стороне предплечья, а II и IV пальцами нащупывают пульсирующую лучевую артерию и прижимают её к лучевой кости. И подсчитывают пульсовые колебания в течение 1 минуты или в течение 30 секунд и умножают на 2.

Медицинская сестра должна уметь определять следующие основные свойства пульса: ритм, частоту, напряжение, наполнение, величину пульса.

- Ритм - пульса определяют по интервалам между пульсовыми волнами. Если пульсовые колебания стенки артерии возникают через равные промежутки времени, следовательно, пульс ритмичный. При нарушениях ритма наблюдается неправильное чередование пульсовых волн неритмичный пульс
- Частоту - пульса подсчитывают в течение 1 минут в покое у здорового человека пульс 60 - 80 в минуту. При учащении сердечных сокращений / тахикардия/ число пульсовых волн увеличивается, появляется частый пульс, а при замедлении сердечного ритма брадикардия - пульс редкий.
- Напряжение пульса определяют по той силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились её пульсовые колебания. Зависит напряжение пульса прежде всего от величины систолического артериального давления. Если АД нормальное, артерия сдавливается при умеренном усилии, поэтому в норме пульс умеренного напряжения. При высоком АД артерию сжать труднее - такой пульс называется напряжённым или твердым. В случае низкого АД в артерии она сжимается легко - пульс мягкий.

Наполнение пульса характеризуется наполнением артерии кровью и зависит в первую очередь от величины сердечного выброса, т.е. от количества крови, которое выбрасывается в систолу в артериальную систему, а также от общего количества циркулирующей крови в сосудистой системе. Если сердечный выброс нормальный, пульс полный. При недостаточности кровообращения, большой кровопотери наполнение пульса уменьшается. Такой пульс называется пустым.

- Величина пульса является наиболее важным его свойством и зависит от напряжения и наполнения. Пульс хорошего наполнения и напряжения называется большим., слабого - малый. Иногда величина пульсовых волн может быть настолько незначительной, что они определяют с трудом. Такой пульс называется нитевидным.

Помимо лучевой артерии, пульс исследует на других сосудах: височных, сонных, бедренных, подколенных артериях, артериях тела стопы.

Данные, полученные при исследовании пульса на лучевой артерии, записывают в Т-лист истории стационарного больного, указывая ритм, частоту, напряжение и наполнение. Данные исследования пульса ежедневно отмечают красным карандашом. В графе «П» (пульс) представлены значения частоты пульса

от 50 до 160 в минуту.

При значениях частоты от 50 до 100 «цена деления в Т-листе равна 2, а при значениях частоты пульса более 100 - 4.

ПОДСЧЁТ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА.

- **Цель:** определить свойства пульса - частоту, ритм, наполнение, напряжение.
- **Показания:** оценка функционального состояния организма.
- **Материальное обеспечение:** часы или секундомер; температурный лист; ручка с красным стержнем.
- **Последовательность выполнения:**
 1. Установить доверительные отношения с пациентом.
 2. Объяснить суть и ход процедуры.
 3. Получить согласие пациента на процедуру.
 4. Подготовить необходимое оснащение.
 5. Вымыть и осушить руки.
 6. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.
 7. Охватить одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец у основания большого пальца). Сравнить колебания стенок артерии на правой и левой руках.
 8. Провести подсчет пульсовых волн на той артерии, где они лучше выражены в течение 60 секунд.
 9. Оценить интервалы между пульсовыми волнами.
 10. Оценить наполнение пульса.
 11. Сдавить лучевую артерию до исчезновения пульса и оценить напряжение пульса.
 12. Провести регистрацию свойств пульса в температурном листе графическим, а в листе наблюдения - цифровым способом.
 13. Сообщить пациенту результаты исследования.
 14. Вымыть и осушить руки.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- **Цель:** определить показатели артериального давления и оценить результаты исследования
- **Показания;** по назначению врача
- **Материальное обеспечение:**
 - • Тонометр;
 - • Фонендоскоп;
 - • Ручка с синей пастой;
 - • Температурный лист;
 - • 70%-ный спирт;
 - • Ватные шарики.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- 1. Установить доверительные отношения с пациентом.
- 2. Объяснить суть, ход предстоящих действий.
- 3. Получить согласие пациента на процедуру.
- 4. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала.
- 5. подготовить необходимое оснащение.
- 6. Вымыть и осушить руки.
- 7. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.
- 8. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть.
- 9. Наложить манжетку тонометра на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил 1 палец. Трубки манжетки обращены вниз.
- 10. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на манжетке.

- 11. Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы.
- 12. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложив, на это место фонендоскоп
- 13. Закрывать, вентиль груши, нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20-30 мм рт. ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).
- 14. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра.
- 15. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую **систолическому АД**.
- 16. Выпускать . медленно из манжетки воздух.
- 17. «Отметить» исчезновение тонов, что соответствует **диастолическому АД**.
- 18. Выпустить весь воздух из манжетки.
- 19. Повторить процедуру через 5 минут.
- 20. Снять манжетку.
- 21. Уложить манометр в чехол.
- 22. Прозинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% спиртом.
- 23. Оцепить результат.
- 24. Сообщить пациенту результат измерения.
- 25. Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе _ систолическое давление, в знаменателе - диастолическое) в необходимой документации.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ

Цель: Определить температуру тела взрослого пациента.

Показания: Наблюдение за функциональным состоянием организма профилактика внутрибольничной инфекции.

Противопоказания: опрелости. воспалительные процессы в подмышечной области.

Материальное обеспечение:

- Медицинский термометр;
- Индивидуальная салфетка;
- Емкость с дезраствором;
- Перчатки;
- Температурный лист;
- Ручка с черным стержнем;
- Часы;
- Температурный журнал.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, объяснить пациенту цель, и ход процедуры, получить согласие.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Достать термометр из футляра, встряхнуть его так, чтобы ртутный столбик опустился ниже 35°C .
4. Осмотреть подмышечную впадину.
5. Вытереть насухо кожу в подмышечной впадине салфеткой.
6. Поместить термометр ртутным резервуаром в подмышечную впадину так, чтобы он со всех сторон сопри касался с кожей.
7. Фиксировать руку пациента, прижав ее к грудной клетке. или попросить пациента удерживать термометр прижатием согнутой руки.
8. Фиксировать время измерения температуры.
9. Извлечь термометр через 10 минут.
10. Оценить результат.
11. Сообщить пациенту результат.
12. Записать, показания цифровым способом в температурном журнале (листе наблюдений), затем графическим способом в температурном листе, черным карандашом.
13. Продезинфицировать термометр методом полного погружения в дезинфицирующий раствор (экспозиция зависит от используемого дезинфицирующего раствора).
-] 4. Надеть перчатки.
-] 5. Извлечь термометр из дез.раствора, ополоснуть проточной водой, дать высохнуть.
16. Снять перчатки. вымыть. Осушить руки.

ПОСТРОЕНИЕ ГРАФИКА ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ

- Регистрация данных термометрии осуществляется в постовом температурном листе, где указываются фамилии пациентов дата, время измерения температуры (утро - с 7.00 - 9.00: вечер - с 17.00-19.00). По оси абсцисс отмечают дни болезни, по оси ординат (в температурной сетке, каждое деление которой = 0,2С) точками наносят результаты ежедневной двухразовой термометрии. Утренняя температура регистрируется синей или чёрной точкой в графе «у», вечерняя - в графе «в». Точки соединяются между собой, образуя температурные кривые.

НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ

- Наблюдение за состоянием больных — важное условие лечения. Ухаживающий медперсонал должен замечать все изменения, происходящие в состоянии больных, и сообщать о них дежурному и лечащему врачу. Следует обращать внимание на положение тела (активное, вынужденное, пассивное), изменение окраски кожи, появление высыпаний, зуда, выражение лица и особенно глаз больного, что может выявить ухудшение или улучшение его состояния. Кроме того, ухаживающий медперсонал должен правильно и своевременно готовить больных к различным исследованиям, а также собирать исследуемый материал (мокроту, мочу, рвотные массы и т. д.).

- Необходимо следить за переносимостью лекарств, особенно антибиотиков и сульфаниламидов. При жалобах больного на появление кожных изменений, жжение языка, боли при глотании, рези при мочеиспускании необходимо воздержаться от очередного введения лекарства и сообщить об этом врачу, чтобы предупредить развитие лекарственной болезни (см.), анафилактического шока (см. Анафилаксия).
- В процессе общего наблюдения следует проводить антропометрические измерения (рост и вес больного). Больного взвешивают при поступлении, затем не реже одного раза в неделю, а при необходимости чаще (после разгрузочных дней, мочегонных средств и др.); правила взвешивания больного — см. Вес тела.
- Всем больным измеряют температуру тела утром между 7—8 час, когда температура бывает наиболее низкой, и вечером между 5—7 час, в период наиболее высокой температуры. При некоторых заболеваниях температуру тела приходится измерять каждые два часа и даже ночью (см. Термометрия тела).
- При наблюдении за состоянием органов дыхания определяют частоту и ритм дыхания, количество выделенной за сутки мокроты, характер ее (примесь крови, гноя, пищи, наличие запаха). Больной должен собирать мокроту в специальную банку с закрывающейся пробкой; во избежание неприятного запаха на дно банки наливают раствор перманганата калия. При возникновении кровохарканья необходимо срочно вызвать врача, до прихода которого больной соблюдает строгий постельный режим. При возникновении одышки до прихода врача больному придают сидячее или полусидящее положение, усиливают приток свежего воздуха в палату. Во время озноба больного укрывают добавочным одеялом, дают горячий чай, обкладывают грелками.
- Для предупреждения застойных явлений в легких и ателектаза назначают лечебную гимнастику; медсестра следит за выполнением комплекса упражнений; лежащих тяжелобольных необходимо регулярно поворачивать в постели.

- Основная задача ухода при сердечно-сосудистых заболеваниях — обеспечить больному при обострении постельный режим и правильный тренировочный при улучшении состояния. Симптомы сердечной недостаточности — одышка, цианоз, кашель, кровохарканье, отеки — могут усиливаться или ослабевать, поэтому изменение степени их интенсивности всегда должно быть в центре внимания ухаживающего персонала.
- Особую тревогу должен вызвать внезапный приступ удушья, сопровождающийся синюшностью лица и иногда выделением пенистой мокроты розоватого цвета. Это — приступ сердечной астмы, отека легкого, свидетельствующий о наступившей слабости левого желудочка; для ликвидации приступа требуется срочная помощь (см. Сердечная астма).
- При появлении головокружения, резкой головной боли у людей, страдающих гипертонической болезнью, нужно измерить артериальное давление. При повышении артериального давления до прихода врача ставят горчичники на шейно-грудной отдел позвоночника.
- При возникновении у больного сжимающих загрудинных болей нужно иметь в виду приступ грудной жабы (см.); до прихода врача нужно дать валидол, если не помогает — нитроглицерин, и положить горчичник на область грудины и сердца, к ногам — грелку.
- Заболевания желудочно-кишечного тракта могут сопровождаться болями различной локализации, расстройствами функции кишечника, симптомами острого живота (см.). До выяснения диагноза нельзя давать болеутоляющие средства; при наличии кровотечений рвотные массы и испражнения следует сохранить до прихода врача.
- Даже внешне благоприятное течение заболеваний печени может осложниться печеночной недостаточностью с переходом в коматозное состояние и закончиться смертельным исходом. Поэтому необходимо внимательно относиться к жалобам больного с заболеваниями печени (слабость, сонливость, кровоточивость десен), наблюдать за изменением его состояния. Большое значение при лечении заболеваний печени имеет постельный режим и строгое соблюдение диеты.
- В диагностике заболеваний почек важное значение имеет лабораторное исследование мочи. При этом необходимо ежедневное наблюдение за количеством мочи, ритмом мочеотделения, окраской мочи, а также за возможными примесями (кровяные сгустки, гной).

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА

- Личная гигиена больного всегда находится под наблюдением медперсонала. Больные должны ежедневно делать утренний и вечерний туалет, чистить зубы 2 раза в день, очищая при этом зубной щеткой спинку языка, полоскать рот после каждого приема пищи; при отсутствии противопоказаний принимать ванну не реже одного раза в неделю. Лежачих больных медсестра с помощью санитарки ежедневно умывает; тяжелобольным ежедневно обтирают кожу лица и рук ватой, смоченной кипяченой или туалетной водой; веки промывают 2% теплым раствором борной кислоты при помощи пипетки и ватного шарика. Тяжелобольным следует протирать язык, десны и зубы ватой, смоченной 2% раствором борной кислоты, слабым раствором перманганата калия или фурацилина, затем — марлевой салфеткой, смоченной 1% раствором буры с добавлением 10% раствора глицерина. Марлю и вату удерживают корнцангом. Влажным полотенцем протирают шею, грудь, подмышечные впадины, затем вытирают насухо. Волосы ежедневно расчесывают, женщинам — заплетают в косу. Тяжелобольных и инфекционных больных рекомендуется стричь. После мочеиспускания и дефекации тяжелобольных нужно подмывать.

- Смену белья тяжелобольным нужно делать умело и с большой осторожностью. Больного бережно отодвигают на край постели, освободившуюся часть простыни скатывают, как бинт, вплоть до тела больного; на этой части постели расстилают свежую простыню, на которую и перекадывают больного. Простыню можно скатывать в направлении от ног к голове (если больным запрещены движения даже в постели). Сначала скатывают ножной конец простыни до поясицы, подкладывая свежую простыню, затем из-под верхней части тела убирают простыню и заменяют ее свежей. Когда больной лежит на чистой простыне, тщательно расправляют складки, края простыни прикрепляют английскими булавками к матрацу. При смене постельного белья следует вытряхивать одеяло. Меняя рубашку тяжелобольному, сестра подводит руку под спину, поднимает рубашку до затылка, снимает рукав с одной руки, потом с другой (если одна рука повреждена, сперва освобождают здоровую). Надевают рубашку, начиная с больной руки, затем через голову, стягивают по спине к крестцу и тщательно расправляют складки. Если больному совсем нельзя двигаться, надевают рубашку-распашонку.

- Больным, которым предписан постельный режим, подают судно; оно должно быть чисто вымыто теплой водой и продезинфицировано; в него наливают немного воды, чтобы уменьшить запах. Судно подводят под ягодицы, подсовывая свободную руку под крестец и приподнимая больного. Освободив судно от кала, его тщательно промывают горячей водой и дезинфицируют 3% раствором лизола или хлорамина. Мочеприемник подают хорошо вымытый, теплый. После каждого мочеиспускания мочу выливают, мочеприемник промывают раствором перманганата калия или содой.
- Резиновый круг для предупреждения пролежней подкладывают под крестец больным, находящимся на длительном постельном режиме.
- Круг кладут под простыню или обертывают полотенцем для предупреждения раздражений кожи от соприкосновения с резиной.
- Ванны могут быть гигиенические и лечебные, а также общие или местные (см. Ванны). Ослабленных больных лучше погружать в ванну медленно на простыне, придерживая ее с двух концов. Во время пребывания в ванне больной находится под присмотром медсестры. Влажные укутывания делают из двух простыней, смоченных горячей (до 50°) водой, ими обертывают больного, затем — клеенкой и двумя шерстяными одеялами.

ПРОФИЛАКТИКА ОПРЕЛОСТЕЙ ПРОЛЕЖНЕЙ

- Профилактика пролежней, алгоритм выполнения.
- Техника выполнения профилактики пролежней.
- Обработка кожи тяжелобольных.
- Подмывание пациентов.

- **Манипуляция: профилактика пролежней.**
Цель. Предупреждение омертвления мягких тканей в местах их длительного сдавления.
Показания. Постельный режим больного.
Оснащение. Против пролежневый матрас; ватно-марлевые подкладные круги; резиновый круг в наволочке; вазелин; 1 % раствор столового уксуса; портативная кварцевая лампа; чистое мягкое махровое полотенце.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ, АЛГОРИТМ ВЫПОЛНЕНИЯ

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ



- **Уход за кожей и профилактика пролежней.**

- 1. Моют и сушат руки, надевают перчатки.
- 2. Пациента поворачивают на бок.
- 3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.
- 4. Обсушивают кожу сухим полотенцем.
- 5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.
- 6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.
- 7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.
- 8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.
- 9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.
- 10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.
- 12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.
- 13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

- **Примечание.** Перчатки обрабатывают, погружая в дезинфицирующий раствор.

ОБРАБОТКА КОЖИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ

- **Цель.** Соблюдение личной гигиены тяжелобольного; профилактика пролежней.
Показания. Постельный режим пациента. Пациенты, находящиеся на полупостельном режиме, ухаживают за собой сами.
Оснащение. Таз с маркировкой «Для умывания»; кувшин или чайник с теплой водой (+35...+38 °С) с маркировкой «Для умывания», тазик с горячей водой (+45...+50 °С); салфетка или кусок ваты; полотенце; присыпка, стерильное масло; 10% камфорный спирт или 1 % раствор уксуса.
Техника выполнения обработки кожи тяжелобольным:
 1. Ставят таз на табурет у края кровати пациента.
 2. Если пациент сам может повернуться на бок, то просят его сделать это и помогают больному вымыть руки над тазом, почистить зубы, умыться. Медицинская сестра держит кувшин, подает зубную пасту, стакан с водой, полотенце.
 3. Если пациент не может сам повернуться на бок, то выполняют следующие манипуляции: Моют одну руку больного в тазу водой с мылом. Переносят таз на другую сторону кровати и моют другую руку. Ногти на руках стригут овально.
Выполняют туалет лица: обтирают его влажной салфеткой, затем сухим полотенцем. Убирают подушки, снимают с пациента рубашку. Смачивают салфетку в тазике с горячей водой и отжимают ее. Обтирают переднюю поверхность туловища пациента, обращая внимание на естественные складки кожи на шее, под молочными железами, в подмышечных впадинах, в паховых складках. Тщательно вытирают кожу полотенцем. Складки кожи обрабатывают присыпкой или смазывают стерильным маслом для профилактики опрелостей.



Применение присыпки

- Пациента поворачивают на бок. При необходимости санитар помогает и поддерживает больного. Влажной горячей салфеткой обтирают кожу спины, обращая особое внимание на места образования пролежней (затылок, лопатки, крестец, ягодицы). Кожу тщательно высушивают полотенцем и растирают, если отсутствуют нарушения ее целостности, болезненность. Тепло салфетки и растирание вызовут прилив крови к коже и подлежащим тканям.

Если пациента нельзя поворачивать на бок, то его укладывают на секционный матрас. Уход за кожей осуществляют, убирая одну секцию за другой.

Примечания. Кожу пациентов нужно обмывать ежедневно. Также ежедневно на ночь следует мыть пациенту ноги, поставив таз с водой на сетку кровати. Предварительно матрас заворачивают валиком к ногам и прикрывают его клеенкой. Ногти на ногах стригут по прямой.

При длительной неподвижности пациента необходимо проводить профилактические мероприятия для предотвращения образования пролежней.

ПОДМЫВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

- **Цель.** Соблюдение гигиены; профилактика пролежней, опрелостей.
Показания. Подготовка пациента к взятию мочи для исследования, катетеризации мочевого пузыря; гинекологические манипуляции. Подмывают всех пациентов, находящихся на постельном режиме, утром, на ночь и после каждого опорожнения мочевого пузыря и кишечника.
Оснащение. Клеенка подкладная; металлическое или пластмассовое судно; кувшин или кружка Эсмарха с маркировкой «Для подмывания»; теплая вода (+35...+38 °С); 5% раствор калия перманганата; корнцанг; вата; почкообразный тазик; резиновые перчатки.
Техника выполнения подмывания пациентов:
 1. В кувшин (кружку Эсмарха) наливают воду и добавляют несколько капель 5 % раствора калия перманганата до получения бледно-розового цвета.
 2. Надевают перчатки.
 3. Просят пациентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их в бедрах.
 4. Подстилают клеенку, подставляют судно.
 5. Кусок ваты закрепляют в корнцанге так, чтобы его острые края были со всех сторон прикрыты.
 6. В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и, вылив небольшое количество раствора на бедро пациентки, спрашивают: «Вам Не горячо?». Если температура воды приемлема, продолжают манипуляцию.
 7. Орошают половые органы теплым дезинфицирующим раствором. Правой рукой берут корнцанг с ватой и обмывают половые органы по направлению струи к анальному отверстию, чтобы не занести инфекцию. Сначала обмывают малые половые губы, затем большие половые губы, паховые складки, лобок. В последнюю очередь обмывают анальное отверстие движением сверху вниз.
 8. Снимают с корнцанга грязный ватный тампон, закрепляют чистый кусок ваты и высушивают половые органы в той же последовательности.
 9. Убирают судно, помогают пациентке принять удобное положение в постели. Мужчин подмывают при тех же показаниях. При подмывании важно правило «от центра к периферии», то есть от головки полового члена к паховой области.**Примечания.** Пациентов на полупостельном режиме следует научить пользоваться биде, если оно есть в отделении.

МЕТОДЫ ПРОСТЕЙШЕЙ ФИЗИОТЕРАПИИ. ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

- **Методы простейшей физиотерапии**
- **Физиотерапевтические процедуры оказывают разнообразное рефлекторное влияние через кожу на внутренние органы и системы организма человека без разрушения тканей**
- **Влияние тепла и холода на организм**
- **Уязвимые категории пациентов при термических воздействиях на кожу**
- **Общие противопоказания для простейших физиопроцедур**
- **Оксигенотерапия**

МЕТОДЫ ПРОСТЕЙШЕЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

- **Физиотерапия** (греч. Physis – природа, природные свойства) – целенаправленное профилактическое, лечебное и реабилитационное воздействие на организм человека различными природными факторами.
- **Природные факторы:** воздушная среда, вода, солнечная энергия, атмосферное давление, лечебные грязи, пиявки.
- **Физические природные факторы,** используемые человеком: тепло, холод, кислород, электромагнитное, инфракрасное, ультрафиолетовое излучения, ультразвуковые волны.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОКАЗЫВАЮТ РАЗНООБРАЗНОЕ РЕФЛЕКТОРНОЕ ВЛИЯНИЕ ЧЕРЕЗ КОЖУ НА ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА БЕЗ РАЗРУШЕНИЯ ТКАНЕЙ

- *Рекомендации для сестры перед отпуском простейших физиопроцедур:*
- - Проверьте назначения врача, объясните суть манипуляции.
- - Получите согласие на манипуляцию..
- - Подготовьте оснащение процедуры.
- - Подготовьте пациента, в том числе психологически.
- - Соблюдайте инфекционную безопасность пациента и медицинского работника
- - Соблюдайте технику безопасности при выполнении простейших физиопроцедур.
- - Выполняйте физиопроцедуры строго по алгоритму.

ВЛИЯНИЕ ТЕПЛА И ХОЛОДА НА ОРГАНИЗМ

Тепловое воздействие:

- Повышает температуру тканей при местном применении;
- Усиливает приток крови к поражённому участку, вызывая улучшение кровоснабжения/ лимфообращения определённой области тела человека и уменьшая застой крови внутренних органов;
- Стимулирует интенсивность обменных процессов.

Применение холода:

- Уменьшает интенсивность кровообращения и замедление метаболизма;
- Вызывает сужение кровеносных сосудов;
- Замедляет бактериальную активность при угрозе инфицирования;
- Способствует ослаблению застойных явлений;
- Понижает температуру тела;
- Даёт временный анестезирующий эффект. Тепловые процедуры: применение грелки, согревающего и горячего компрессов, горчичников.

УЯЗВИМЫЕ КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ НА КОЖУ

- Престарелые люди - снижение болевой, температурной чувствительности.
- Маленькие дети – нежность, уязвимость кожных покровов.
- Пациенты с открытыми ранами, стомами, или нарушением целостности кожных покровов – снижение количества болевых рецепторов, повышение чувствительности подкожных и подлежащих тканей к перепадам внешних температур.
- Пациенты с сахарным диабетом – снижение болевой и температурной чувствительности.
- Пациенты с поражением спинного мозга, спутанным сознанием, без сознания - не восприятие болевых, температурных раздражителей

- общее истощение;
- туберкулез легких;
- новообразования;
- гнойничковые заболевания кожи;
- аллергические поражения кожи;
- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы;
- нарушение мозгового кровообращения;
- высокое артериальное давление;
- кровотечения и склонность к кровотечениям.

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОСТЕЙШИХ ФИЗИОПРОЦЕДУР

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

Оксигенация - процесс насыщения крови и клеток организма кислородом.

Кислород - сухой газ без цвета, вкуса и запаха, пожарно- и взрывоопасен.

Оксигенотерапия - использование кислорода с лечебной и профилактической целями. Применяют при многих заболеваниях органов кровообращения и дыхания. Осуществляется с помощью специальных приборов и устройств. Зависимая сестринская процедура. Применяется при гипоксии и гипоксемии (недостаток O_2 в артериальной системе).

Чистый кислород сушит ткани дыхательных путей, угнетает дыхательный центр, поэтому для кислородных ингаляций применяют кислородную воздушную смесь 40-60%.

Кислород применяют только в увлажнённом состоянии, пропуская через дистиллированную воду или этиловый спирт, 96-градусный спирт используют с целью подсушивания, как пеногаситель (при отёке лёгких).

Кислородотерапию осуществляют **ингаляционным** (ч/з дыхательные пути кислородные палатки, кислородная подушка, носовые катетеры) и неингаляционным (п/к и ч/з пищеварительный тракт, плевральную и брюшную полости, кислородные ванны,) методами. При любом методе введения O_2 не только восполняет недостаток его в организме, но и оказывает рефлекторное и местное воздействие.

Осложнения при подаче кислорода:

- вдыхание кислорода с концентрацией выше 50% в течении 24 - 48 часов может привести к травме лёгочной ткани или кислородному отравлению (кислородной токсичности).

Признаки кислородной токсичности: кашель, беспокойство, рвота, заторможенность, диспноэ, загрудинные боли, ощущения жжения или сдавления. Длительная оксигенотерапия приводит к судорогам вследствие перевозбуждения дыхательного центра, а в дальнейшем - к остановке дыхания.

ПИТАНИЕ И КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

- Основы лечебного питания
- Раздача пищи и кормление пациента в стационаре
- Раздача пищи
- Контроль за приносимыми больным пищевыми продуктами
- Алгоритм кормления пациента
- Кормление тяжелобольного ложкой

ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Диетическое (лечебное) питание, или диетотерапия, - это применение в лечебных или профилактических целях специально составленных рационов и режимов питания (диет) для людей с острыми заболеваниями или обострением хронических, а также с хроническими заболеваниями вне стадии обострения.

Для организации диетического питания необходимо определить:

1. качественный состав пищи (соотношение белков, жиров, углеводов) и ее количества;
2. характер кулинарной обработки продуктов (степень измельчения, тепловая обработка);
3. режим питания.

Правильный режим питания обеспечивает эффективность работы пищеварительной системы, нормальное усвоение пищи и течение обмена веществ, хорошее самочувствие. Для здоровых людей рекомендовано 3-4-разовое питание с 4-5-часовыми промежутками. 4-разовое питание наиболее благоприятствует умственной и физической работе. Между небольшими приемами пищи интервалы могут составлять 2-3 ч. Принимать пищу ранее, чем через 2 ч после предыдущей еды, нецелесообразно. Режим питания включает:

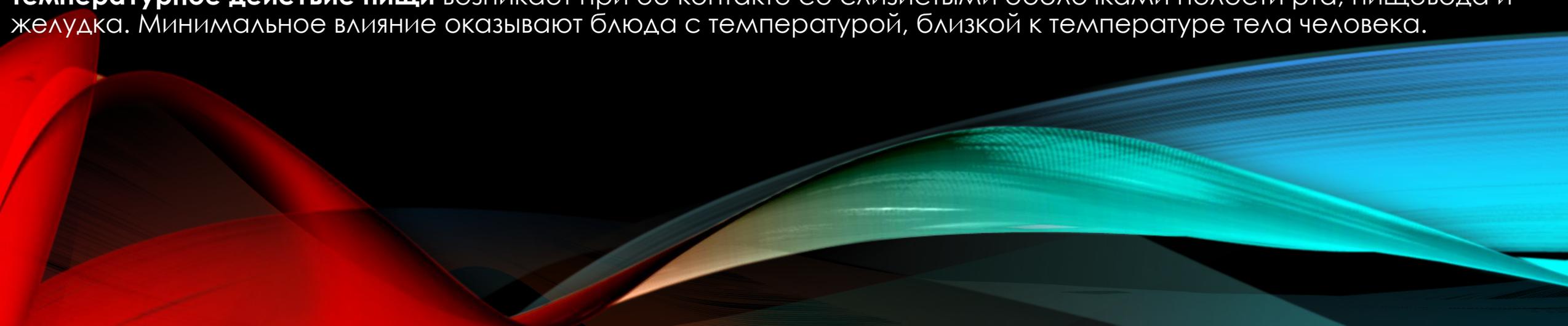
- 1) количество приемов пищи в течение суток (кратность питания);
- 2) распределение суточного рациона по его энергоценности, химическому составу, продуктовому набору и массе на отдельные приемы пищи;
- 3) время приемов пищи в течение суток;
- 4) интервалы между приемами пищи;
- 5) время, затрачиваемое на прием пищи.

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ СДВИГИ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ХИМИЧЕСКИХ, МЕХАНИЧЕСКИХ И ТЕМПЕРАТУРНЫХ ВЛИЯНИЙ ПИЩИ.

Химическое действие пищи обусловлено веществами, которые входят в состав продуктов или образуются при их кулинарной обработке. Химические раздражители - это экстрактивные вещества мяса, рыбы, грибов, эфирные масла ряда овощей и пряностей, органические кислоты и т.д.

Механическое действие пищи определяется ее объемом, консистенцией, степенью измельчения, характером тепловой обработки (варка, тушение, жаренье и др.), качественным составом (наличие клетчатки, соединительной ткани). Некоторые приготовленные продукты оказывают сильное механическое и химическое воздействие (жареное мясо, копчености), другие - слабое (паровые и отварные изделия из рубленого мяса, измельченных овощей).

Температурное действие пищи возникает при ее контакте со слизистыми оболочками полости рта, пищевода и желудка. Минимальное влияние оказывают блюда с температурой, близкой к температуре тела человека.



КАЖДАЯ ДИЕТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- показания к назначению;
- цель назначения;
- общую характеристику;
- химический состав и пищевую ценность;
- режим питания;
- перечень допустимых и противопоказанных блюд.

- 1) Обеспечение физиологических потребностей больного человека в пищевых веществах и энергии.
- 2) Учет биохимических и физиологических законов, определяющих усвоение пищи у здорового и больного человека.
- 3) Учет местного и общего воздействия пищи на организм. При местном действии пища влияет на органы чувств (зрение, обоняние, вкус) и непосредственно на желудочно-кишечный тракт.
- 4) Использование в питании методов щажения, тренировки, разгрузки и контрастных дней.
- 5) Учет химического состава и кулинарной обработки пищи;
- 6) Разнообразие питания за счет ассортимента блюд, исходя из семидневной нормы продуктов по определенной диете.
- 7) Перечень допустимых и противопоказанных продуктов и блюд, способы их приготовления.
- 8) Соответствие денежным и продуктовым нормам.

КАЖДАЯ ДИЕТА
ИМЕЕТ
ХАРАКТЕРИСТИКУ,
ВКЛЮЧАЮЩУЮ:

• При назначении диеты надо принимать во внимание климатические условия, местные и национальные традиции в питании, личные безвредные привычки или непереносимость отдельных видов пищи, состояние жевательного аппарата, особенности труда и быта, материальные возможности для использования некоторых продуктов. Лечебное питание невозможно без активного участия больного в выполнении диетических предписаний, без его убежденности в значении диеты и без разумного подчинения ей. В связи с этим необходимы постоянная разъяснительная работа о роли питания в комплексе лечебных мероприятий, а также рекомендации по составу диет, методам кулинарной обработки (беседы, памятки и т.д.). При учете пожеланий больного следует помнить, что его вкусы и желания в данный момент не могут быть ведущими в построении лечебного питания.

РАЗДАЧА ПИЩИ И КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРЕ

В лечебных стационарных учреждениях установлен 4-разовый режим питания, а для некоторых групп больных 5-6 и даже 8 - разовый. Дневной рацион должен быть распределен следующим образом (в процентах от общей энергетической ценности дня): завтрак - 15-25%, обед - 35%, ужин - (и кефир на ночь) - не более 25%. Время питания пациента зависит от числа приемов пищи, но перерыв между ними должен быть не более 4-часов в дневное время, при 5-разовом питании вводится второй завтрак, а при 6 - разовом - еще и полдник. В некоторых случаях больному дают сначала жидкую пищу, которая быстрее покидает желудок, а через 1-1,5 - твердую пищу.

Оптимальной является централизованная система приготовления пищи, когда в одном помещении лечебного учреждения приготавливается пища для всех отделений, а затем доставляется в каждое в маркированных теплоизолирующих емкостях. В буфетной (раздаточной) каждого отделения стационара имеются специальные плиты (мармиты), обеспечивающие подогрев пищи паром в случае необходимости, так как температура горячих блюд должна быть 57-62 С, а холодных - не ниже 15С.

РАЗДАЧА ПИЩИ

1) Раздачу пищи осуществляют буфетчица (раздатчица) и палатная медсестра в соответствии с данными порционного требования.

2) Кормление тяжелобольных осуществляет палатная медсестра у постели пациента.

3) Пациенты, находящиеся на общем режиме, принимают пищу в столовой.

4) Пациентам, находящимся на палатном режиме, доставляют пищу в палату на специальных столиках.

5) Перед раздачей пищи медсестра и буфетчица должны надеть халаты, маркированные «для раздачи пищи», вымыть руки.

6) Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.

7) Категорически запрещается оставлять остатки пищи и грязную посуду у постели пациента.

КОНТРОЛЬ ЗА ПРИНОСИМЫМИ БОЛЬНЫМ ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ

В каждом лечебном учреждении должен быть четко организован контроль за приносимыми больным пищевыми продуктами. Его осуществляют медработники при приеме передач и медсестры отделений, имеющие список больных с указанием номера диеты, получаемой каждым из них. В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных (с указанием их предельного количества) и запрещенных для передачи продуктов. Личные продукты питания (передачи из дома) больные хранят в тумбочке (сухие продукты) и в специально выделенном холодильнике (скоропортящиеся продукты).

Ежедневно дежурная медсестра отделения должна проверять соблюдение правил и сроков хранения пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения и в тумбочках больных. Передачи для больных должны передаваться в целлофановых пакетах с указанием Ф.И.О. больного, даты передачи. При обнаружении пищевых продуктов с истекшим сроком хранения, хранящихся без целлофановых пакетов (в холодильниках), без указания Ф.И.О. больного, а так же имеющие признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения передач больной должен быть информирован при поступлении в отделение. В отделениях дежурными медсестрами должны проверяться соответствие передаваемых пищевых продуктов диете больного, их количество, доброкачественность.

АЛГОРИТМ КОРМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА

- 1) Перед кормлением закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления пациента.
- 2) Проветрить палаты.
- 3) Приподнять изголовье (при отсутствии противопоказаний)
- 4) Шею и грудь больного накрыть салфеткой.
- 5) Помочь вымыть руки пациенту и занять удобное положение.
- 6) Блюда следует подавать так, чтобы горячие оставались горячими, а холодные - холодными.
- 7) Перед тем как дать тяжелобольному горячие напитки, нужно убедиться, что они не чрезмерно горячие, капнув себе на запястье несколько капель.
- 8) Следует вначале предложить попить (облегчается глотание твердой пищи).
- 9) Наполнять ложку на $2\frac{1}{3}$, после нескольких ложек предложить пить, а также в конце приема пищи.
- 10) Не разрешайте пациенту разговаривать во время еды, так как при этом пища может попасть в дыхательные пути.

- Показания: невозможность самостоятельно принимать пищу.
- 1. Подготовка к кормлению.
 - 1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.
 - 2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.
 - 3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке и протереть ее, или придвинуть прикроватный столик, протереть его.
 - 4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
 - 5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.
 - 6. Вымыть руки.
 - 7. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (60С), холодные не менее 15С.
 - 8. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЛОЖКОЙ

- 9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.
- 10. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.
- 11. Кормить медленно:
 - * называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
 - * наполнить ложку на 2\3 твердой (мягкой) пищей;
 - * коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
 - * прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку;
 - * дать время прожевать и проглотить пищу;
 - * предлагать питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.
- 12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.
- 13. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.

II. КОРМЛЕНИЕ.

III. ЗАВЕРШЕНИЕ КОРМЛЕНИЕ.

14. Убрать после еды посуду и остатки пищи.

15. Вымыть руки.



Не нужно оставлять на тумбочке у постели пациента остывшую пищу. Через 20-30 минут после раздачи пищи пациентам, которые принимали, пищу самостоятельно, следует собрать грязную посуду. Для буфетной и столовой выделяется уборочный промаркированный инвентарь. После каждого приема пищи в столовой и буфетной проводят влажную уборку столов, пола с применением дезсредств. Посуду вначале моют в специальных металлических ваннах с применением обезжиривающих средств (жидкость «Прогресс»), ополаскивают в посудомоечной машине горячей водой, а затем подвергают дезинфекции. После дезинфекции посуду ополаскивают проточной водой и не вытирая, ставят под сушку в вертикальные ячейки.

Мочалки и ветошь, применявшиеся для протирания столов и мытья посуды, необходимо замочить в растворе дезсредства, а затем прокипятить в течение 15 мин, просушить и хранить в специальном месте.

КЛИЗМА. ГАЗООТВОДНАЯ ТРУБКА.

- Клизма
- Газоотводная трубка

КЛИЗМА

Клизма — это введение жидкости в нижний отдел толстого кишечника с лечебной или диагностической целью. В зависимости от цели различают два вида клизм: освобождающие (очистительная, послабляющая, сифонная) и вводящие (лекарственная, питательная)

Постановка очистительной клизмы. Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Запор (задержка стула более 48 ч); подготовка к операциям, родам; подготовка к рентгенологическому исследованию ЖКТ, пояснично-крестцового отдела позвоночника, костей таза, органов малого таза, органов мочевого выделения; отравления; перед постановкой лекарственных и питательных клизм.

Противопоказания. Кровотокающий геморрой; острые воспалительные заболевания прямой кишки и анального отверстия; выпадение прямой кишки; желудочные и кишечные кровотечения; опухоли прямой кишки.

Оснащение. Кружка Эсмарха с резиновой трубкой; штатив для подвешивания кружки Эсмарха; стерильный наконечник из пластмассы или эбонита; зажим; подкладная клеенка, судно; вазелин; резиновые перчатки; кипяченая вода 1,5 — 2,0 л комнатной температуры; термометр для воды; емкость с маркировкой «для использованных наконечников» с 3% раствором хлорамина; кушетка; таз.

ГАЗООТВОДНАЯ ТРУБКА

Газоотводную трубку можно приобрести в аптеке. Её диаметр зависит от возраста ребёнка. Газоотводная трубка используется, когда у малыша скапливаются в кишечнике газы, появляется метеоризм, боли в животе и вздутие, запоры.

Нельзя ставить газоотводную трубку, если у ребёнка есть заболевания прямой кишки или Вы заподозрили кровотечение! Никогда не оставляйте малыша без присмотра во время проведения процедуры.

Перед процедурой вымойте руки, положите клеёнку, а сверху пелёнку. Ребёнка нужно уложить на левый бок, а ножки привести к животу. Детей первых месяцев жизни укладывают на спинку. Закруглённый конец газоотводной трубки нужно смазать вазелиновым маслом. Трубка очень осторожно, медленно вводится в прямую кишку ребёнка. Новорожденным детям газоотводную трубку ставят не глубже 3 - 4 см. Детям в возрасте 1 года не глубже 5-6 см. После постановки трубки ребёнка можно прикрыть одеялом. Трубка ставится на 5-10 минут. После отхождения газов и каловых масс ребёнка нужно подмыть. Повторно процедуру можно проводить не ранее чем через 3 - 4 часа.