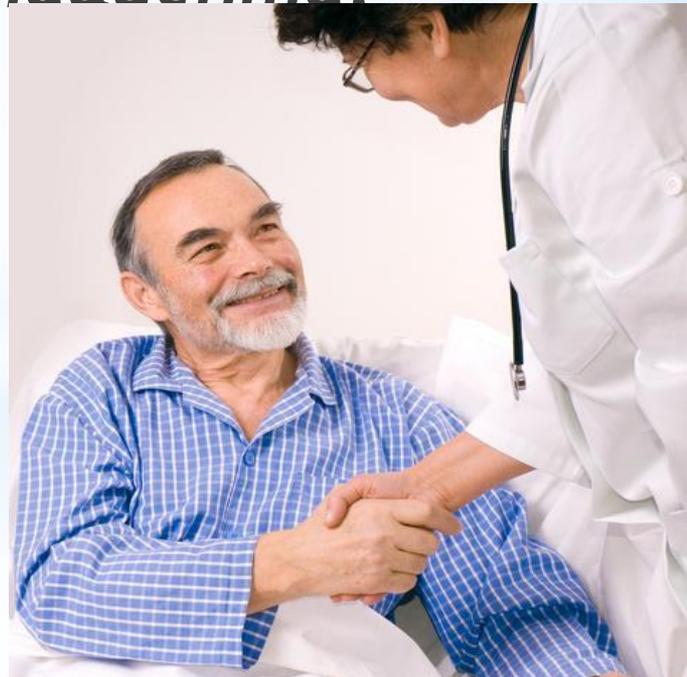


*** Лечебно
охранительный
режим**

преп. ОСД Шенигина Ю.В.

** Лечебно-охранительный режим - это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического покоя пациента.*



* **Лечебно-охранительный режим включает:**

* - санитарно-гигиенический режим МО

* - санитарно-противоэпидемические мероприятия

* - комплекс мер по дезинфекции предметов ухода за пациентами;

* - мероприятия по обеспечению личной гигиены больных и персонала;

* - индивидуальный режим дня пациента;

* - медицинскую этику и деонтологию;

* - больничный режим.

Элементы лечебно-охранительного режима отделения:

- * -соблюдение правил внутреннего распорядка ЛПУ и выполнения процедур и манипуляций;
- * -обеспечение благоприятного психологического режима (эмоциональной безопасности);
- * -обеспечение режима рациональной двигательной активности пациента по назначению врача;
- * -соблюдение правил биомеханики для безопасного передвижения пациента и медперсонала.

- * Среда лечебного учреждения должна обеспечить пациенту психический и физический покой, способствующий преодолению неблагоприятных факторов госпитализации: страха и беспокойства перед исследованиями, лечением, переживаний от расставания с привычной домашней обстановкой, трудностей приспособления к новой среде, окружающему медицинскому персоналу и соседям по палате.
- * Успех лечебной деятельности во многом обеспечивается *правилами внутреннего распорядка, установленными в данном отделении*

Время	Мероприятия	Время	Мероприятия
7.00	Подъем	14.30-16.30	Послеобеденный сон
7.00-7.30	Измерение температуры	16.30-17.00	Измерение температуры
7.30-8.00	Утренний туалет	17.00-17.30	Полдник
8.00-8.30	Раздача лекарств	17.30-19.00	Посещение родственниками
8.30-9.30	Завтрак	19.00-19.30	Раздача лекарств
9.30-12.00	Врачебный обход	19.30-20.00	Ужин
12.00-14.00	Выполнение врачебных назначений	20.00-21.30	Выполнение врачебных назначений
14.00-14.30	Обед	21.30-22.00	Вечерний туалет
22.00		Отход ко сну	



*Строгий постельный режим.

Пациенту не разрешается поворачиваться, вставать, садиться, активно двигаться в постели.

Все гигиенические мероприятия, физиологические отправления больной совершает в постели. Медсестра ухаживает за пациентом, кормит его, следит, чтобы он не вставал, осуществляет все мероприятия, необходимые для выполнения правил личной гигиены.

* **Постельный режим.**

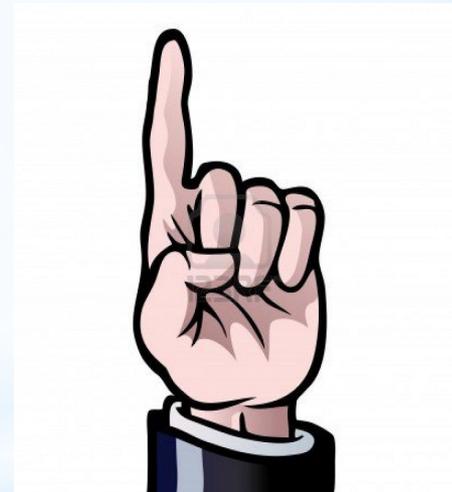
* Пациенту разрешается поворачиваться и садиться в постели, но не покидать ее. Кормление и мероприятия личной гигиены ему помогает выполнять медсестра.



Палатный режим.

- * Пациенту разрешается передвигаться в пределах палаты, сидеть на стуле около кровати. Кормление происходит в палате. Мероприятия личной гигиены пациент может осуществлять самостоятельно или с помощью медсестры.
- * **Общий режим.** Пациент самостоятельно себя обслуживает, осуществляет мероприятия личной гигиены, свободно ходит по палате, по коридору, в столовую, разрешены прогулки по территории МО.

Запомните! Нарушение пациентом режима двигательной активности, назначенного врачом, может повлечь за собой тяжёлые последствия для пациента, вплоть до смертельного исхода!



Цели назначения постельного режима

- * Ограничить физическую активность пациента (это снизит потребность клеток организма в кислороде, следовательно, позволит адаптироваться к условиям гипоксии при нарушении удовлетворения потребности «дышать»).
- * Уменьшить боль, в том числе послеоперационную. Это позволит снизить дозу необходимых обезболивающих препаратов.
- * Дать возможность ослабевшему и истощенному пациенту бороться с силами и отдохнуть.
- * Постельный режим физиологичен лишь в том случае, если пациент может сам поворачиваться, занимать удобное положение и присаживаться в постели. При назначении строгого постельного режима удовлетворение всех основных потребностей значительно нарушается. Такие пациенты обязательно нуждаются в проведении специальных мероприятий, направленных на предупреждение целого ряда проблем. Следить за соблюдением пациентами назначенного режима двигательной активности - обязанность палатной медсестры.

Виды положения пациента в постели:

* - *активное*

* - *пассивное*

* - *вынужденное* (пациент принимает самостоятельно с целью облегчения дыхания, уменьшения боли и т.д.).

* **Активное положение** — это положение, которое больной может произвольно изменить, хотя и испытывает при этом болезненные или неприятные ощущения. Активное положение свойственно больным с легким течением заболевания.

* В пассивном положении больной находится при определенных тяжелых заболеваниях. Иногда оно может быть очень неудобным для него (свешена голова, подвернуты ноги), но из-за сильной слабости или утраты сознания, либо вследствие большой потери крови изменить его не может.

* **Вынужденное положение** — это поза, которая облегчает боль и улучшает состояние больного. К такой позе его вынуждает та или иная особенность заболевания. К примеру, в случае приступа удушья больной бронхиальной астмой сидит в постели, наклонившись вперед, упирается в кровать, стол, включая тем самым вспомогательные мышцы в акт вдоха (рис. 1, а). Во время приступа кардиальной астмы больной сидит, несколько откинувшись назад, и опирается руками о постель, ноги у него опущены. В такой позе уменьшается масса циркулирующей крови (часть ее задерживается в нижних конечностях), несколько опускается диафрагма, снижается давление в грудной клетке, увеличивается экскурсия легких, улучшается газообмен и отток венозной крови от головного мозга.

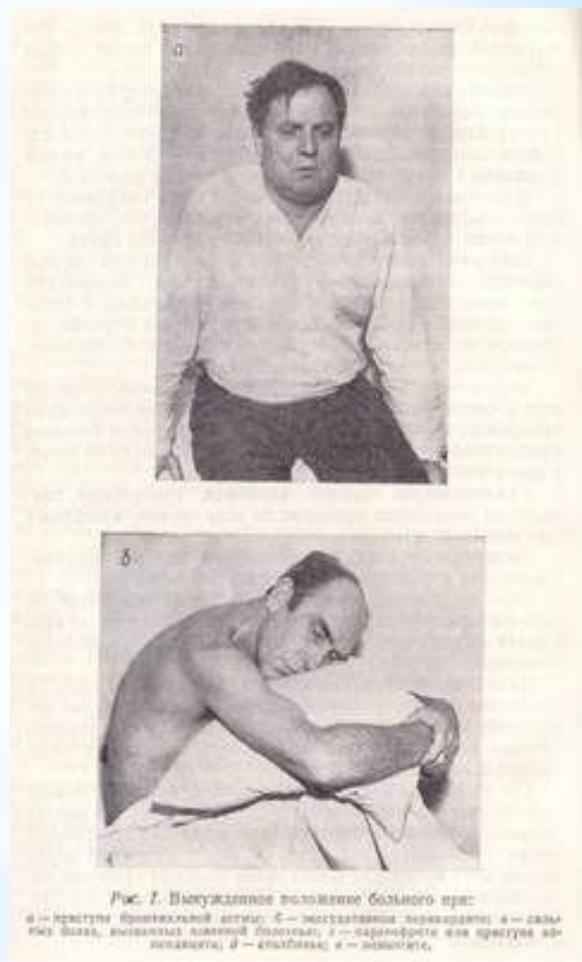
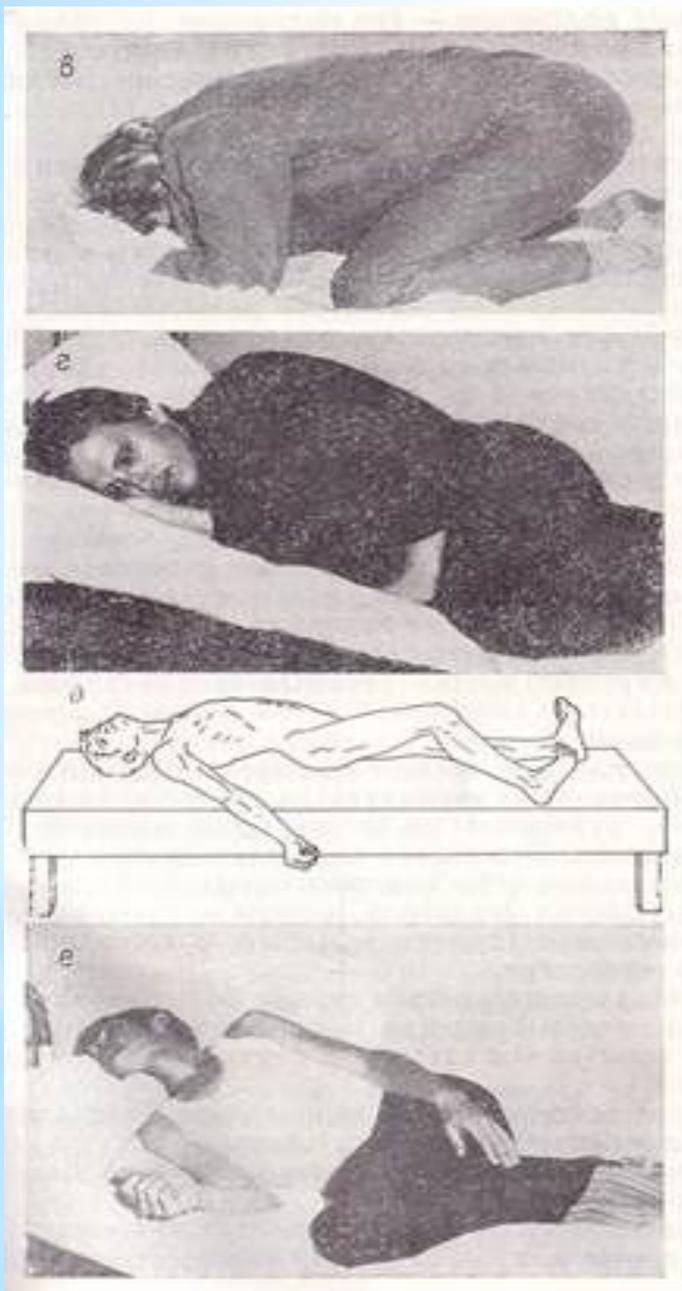


Рис. 7. Вынужденное положение больного при:
 а — приступе фронтальной ангины; б — инсультами перикардия; в — сильной боли, вызванной ожогой слизистой; г — скарлатине или приступе аппендицита; д — энцефалите; е — менингите.

*** Пациент ЛПУ - это страдающий человек с нарушением физического, душевного и социального благополучия, расстройством биосоциальной адаптации, ощущением зависимости от болезни, переживанием стесненной свободы. И сама болезнь, и новая окружающая среда вынуждают его изменить привычный образ жизни и по-новому удовлетворять свои потребности.**

Факторы риска, негативно влияющие на пациента в ЛПО, можно условно разделить на две группы:

- * 1. Психосоциальные факторы.
- * 2. Факторы, угрожающие безопасности жизнедеятельности человека

Психосоциальные факторы риска

- * Среди этой группы факторов риска для пациента в ЛПО следует выделить следующие:
- * - стресс, в связи с заболеванием и госпитализацией;
- * - страх перед возможными медицинскими вмешательствами и за исход заболевания;
- * - страх перед выпиской и возможностью остаться с болезнью «один на один»;
- * - нарушение чувства собственного достоинства.

Период формирования отношений между медсестрой и больным имеет 3 этапа.

- * **1 этап - Установление контакта с пациентом при его поступлении в МО**
- * Больной, попав в стены ЛПУ, чувствует себя неуютно. Важнейший метод установления контакта - умение выслушать больного, причем слушать надо с интересом, реагируя на услышанное. Здесь важно все - и обстановка, в которой происходит разговор, и то, насколько естественно себя ведет медсестра.
- * **2 этап- Проявление внимания к пациенту на этапе лечения**
- * Изменяющаяся картина болезни, ход обследования и др. могут вызвать у больного страх, неуверенность, придирчивость, которые можно уменьшить или вообще устранить.

* 3 этап- Психологическая поддержка пациента при его выписке

- * На конечном этапе нередко возникают психологические трудности при выписке из больницы. Одна категория больных боится покинуть отделение, где были надежно защищены от опасности, в то время как другие стремятся к скорейшей выписке. Пациенты часто сомневаются в том, что дома смогут соблюдать диету, поддержать достигнутый эффект. Надо беседовать с больными, успокаивать их, объяснять особенности поведения дома.

Мероприятия по предупреждению воздействия психосоциальных факторов:

- * 1) поддерживать тишину, спокойную и доброжелательную обстановку в лечебном отделении;
- * 2) разговаривать негромко, используя только положительную интонацию голоса;
- * 3) позаботиться об эстетике, продуманном интерьере, удобном размещении мебели, наличии помещений для отдыха и для посещений пациентов близкими;
- * 4) обеспечить организацию досуга пациентов, предоставить возможность заняться какой-либо доступной деятельностью, например, чтением, вязанием, просмотром телепередач;

- * 5) устранить отрицательные эмоции, которые могут быть вызваны у пациентов видом медицинских инструментов, предметов ухода, испачканных кровью и выделениями;
- * 6) не проявлять раздражения по поводу страхов и стеснительности пациента. Обеспечивать соответствующую обстановку и психологическую поддержку при проведении каждой манипуляции;
- * 7) не следует разрешать пациентам громко включать радио и телевизор, устраивать шумные дискуссии;
- * 8) позаботиться о рациональном заполнении палат: это поможет всем пациентам более полноценно удовлетворить свою потребность в общении;
- * 9) не допускать нарушения тишины во время дневного отдыха и ночного сна пациентов.

*** Факторы, угрожающие безопасности жизнедеятельности пациента:**

- * - снижение защитных функций организма;
- * - высокий риск осложнений лекарственной терапии;
- * - высокий риск радиационного поражения при лучевой терапии;
- * - высокий риск внутрибольничной инфекции;
- * - высокий риск травм, повреждений;
- * - высокий риск ожогов, переохлаждений;
- * - высокий риск поражений электрическим током во время процедур;
- * - пониженная физическая активность;
- * - обессиливание (общая слабость);
- * - недостаточная самогигиена

Мероприятия по предупреждению воздействия факторов, угрожающих безопасности жизнедеятельности:

- * 1) кровать больного, санузел должны быть снабжены звонками для экстренного вызова;
- * 2) для предупреждения падений в помещениях ЛПУ не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами;
- * 3) лестницы и коридоры должны быть хорошо освещены;
- * 4) после попадания на пол жидкости ее необходимо немедленно вытирать, чтобы больной не поскользнулся на мокром полу;
- * 5) обувь пациентов должна быть удобная, не растоптанная, с нескользящей подошвой. На разных покрытиях разные подошвы скользят по-разному.

- * 6) приучайте ослабленных больных и пациентов с нарушениями координации пользоваться перилами, поручнями, опорными ручками, ходунками. Периодически проверяйте прочность закрепления перил и поручней. При использовании ходунков, костылей, тростей периодически проверяйте их прочность, целостность наконечников;
- * 7) все средства передвижения больного, имеющие колеса: каталка, кресло-каталка, функциональная кровать и др. - должны иметь функционирующие тормоза. Перед использованием этих средств убедитесь, что они исправны. Во время пересаживания или переключивания больного тормоза должны быть зафиксированы. Если Вы вынуждены оставить на время человека, находящегося на колесном средстве передвижения, то, прежде, чем отойти от больного, Вы должны зафиксировать тормоза;
- * 8) периодически проверяйте качество очков (состояние стекол) и их соответствие потребностям пациента со сниженным зрением;
- * 9) периодически проверяйте качество работы слухового аппарата у плохо слышащих пациентов;

- * 10) ослабленные больные, престарелые должны пользоваться ванной комнатой и туалетом, не закрывая дверь на задвижку;
- * 11) в больничной палате ночью должен гореть ночник, позволяющий проснувшемуся человеку сориентироваться в обстановке;
- * 12) при угрозе падения больного с кровати пользуйтесь кроватями, имеющими боковые бортики;
- * 13) больному необходимо избегать резких вставаний с постели или из кресла во избежание головокружения, потери сознания и падения;
- * 14) при вставании или, наоборот, усаживании в ванной нельзя пользоваться в качестве поручня кранами или трубами водопровода. В случаях срыва крана или отрыва трубы человек может получить ожоги;

- * 15) в связи с сниженной температурной чувствительностью кожи пациента при ряде заболеваний, температуру воды в ванной нужно измерять не рукой, а с помощью водяного термометра;
- * 16) во избежание электротравм нельзя пользоваться электрической грелкой пациентам, страдающим недержанием мочи и кала;
- * 17) пить и есть пациенты с нарушениями глотания должны только в присутствии второго лица;
- * 18) прячьте спички от больных, страдающих слабоумием;
- * 19) нельзя курить и включать электроприборы рядом с больным, пользующимся кислородной подушкой;
- * 20) обеспечить пациенту возможность своевременно осуществлять гигиенические процедуры;
- * 21) лекарственные средства и дезинфицирующие вещества хранить в местах, недоступных для пациентов.

* **Борьба с болью** - одна из основных проблем пациентов и правильное ее разрешение имеет особое значение для всех отделений, особенно хирургического профиля. Боль при операциях, перевязках, инструментальных исследованиях и других манипуляциях, травмирует больного. Кроме того, процедуры, вызывающие боль, не дают той терапевтической эффективности, которую можно было бы от них ждать. Поэтому все манипуляции (перевязки, инъекции и др.) - должны производиться чрезвычайно осторожно, с применением во всех возможных случаях современных способов обезболивания и с предварительной подготовкой больного.

** В положениях о функциональных обязанностях каждого сотрудника на каждом рабочем месте должен быть предусмотрен строгий порядок по соблюдению лечебно-охранительного режима в конкретном кабинете, палате, отделении и т.д. Уровень и качество лечебно-охранительного процесса в значительной мере определяется не только профессиональными знаниями и навыками медицинского персонала и степенью технической оснащенности учреждений, но и культурой медицинского персонала, этическим воспитанием, доброжелательным его взаимоотношением с больными, особенно с детьми и их родителями, а также с коллегами по работе.*