

- Учебник

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ТЕРАПИИ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано в качестве учебника для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» по ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», МДК.02.01 «Сестринская помощь при нарушениях здоровья»



ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений.	7
Введение	9
Глава 1. Предмет «Сестринское дело в терапии».	11
Введение в предмет «Сестринское дело в терапии».	11
Методы сестринского обследования пациентов	21
Модели сестринского дела	37
Медицинское страхование — современная форма организации сестринского ухода	41
Контроль качества деятельности медицинской сестры	45
Глава 2. Сестринский уход в системе первичной медико-санитарной помощи.	60
Первичная медико-санитарная помощь	60
Сестринская помощь пациентам в поликлинике	63
Первичная медицинская помощь по принципу врача общей практики. Роль медицинского сестринского персонала.	66
Здоровье и болезнь семьи. Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни.	69
Профилактика заболеваний.	74
Паллиативный сестринский уход	90
Глава 3. Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания.	98
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов дыхания.	98
Простой хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких	108
Пневмония	115
Бронхиальная астма.	125
Абсцесс легкого	139
Бронхоэктатическая болезнь	144
Рак легкого	150
Плеврит	155

Глава 4. Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.	161
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов кровообращения	161
Ревматизм	171
Пороки сердца	176
Гипертоническая болезнь.	182
Атеросклероз.	194
Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия	199
Инфаркт миокарда.	209
Острая сердечная недостаточность.	218
Острая сосудистая недостаточность	222
Хроническая сердечная недостаточность	229
Глава 5. Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения	236
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов пищеварения	236
Функциональная диспепсия	244
Острый гастрит.	247
Хронический гастрит.	250
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	255
Рак желудка.	264
Хронический энтерит	269
Хронический колит	275
Дискинезии желчевыводящих путей	282
Острый холецистит	284
Хронический холецистит	286
Желчнокаменная болезнь.	290
Хронический гепатит	295
Цирроз печени	299
Острый панкреатит	305
Хронический панкреатит	307

Глава 6. Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения	312
Особенности сестринского обследования при заболеваниях органов мочевого выделения	312
Острый диффузный гломерулонефрит	315
Хронический диффузный гломерулонефрит	321
Острый и хронический пиелонефрит.	326
Мочекаменная болезнь	332
Острая почечная недостаточность	336
Хроническая почечная недостаточность	338
Глава 7. Сестринский уход при заболеваниях системы крови	344
Особенности сестринского обследования при заболеваниях системы крови	344
Железодефицитная анемия	347
Витамин В ₁₂ - и фолиеводефицитные анемии	353
Лейкозы	355
Геморрагические диатезы.	361
Глава 8. Сестринский уход при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ.	366
Особенности сестринского обследования при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ	366
Диффузный токсический зоб.	369
Гипотиреоз	374
Эндемический зоб	378
Ожирение	380
Сахарный диабет	384
Глава 9. Сестринский уход при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	402
Особенности сестринского обследования при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	402
Ревматоидный артрит и деформирующий остеоартроз	405

Глава 10. Сестринский уход при острых аллергических заболеваниях.	412
Особенности сестринского обследования при острых аллергических заболеваниях	412
Острые аллергические заболевания	414
Приложение 1	423
Тестовый контроль.	423
Приложение 2	497
Лечебное питание в лечебно-профилактических учреждениях	497
Характеристика, химический состав и энергетическая ценность стандартных диет, применяемых в лечебно-профилактических учреждениях (больницах и др.)	499
Диеты номерной системы.	502
Разгрузочные и специальные диеты	513
Приложение 3	516
Прописи основных лекарственных препаратов	516
Приложение 4	527
Сестринская карта	527
План мероприятий по уходу	531
Рекомендуемая литература.	532
Предметный указатель	534

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Это I уровень контакта человека, семьи, общества с национальной системой здравоохранения, который максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и представляет собой первый элемент здравоохранения, направленный на укрепление здоровья у здоровых, лечение и реабилитацию больных (рис. 2.1).

Термин ПМСРП был впервые применен ВОЗ в 1975 г. Сначала это понятие трактовали узко — только как удовлетворение нужд населения развивающихся стран путем предоставления минимальных медико-санитарных услуг в рамках особой системы ПМСРП.

В эту систему, которая базируется в основном на местных ресурсах и укомплектована работниками, специально подготовленными на краткосрочных курсах, предполагали включить традиционные формы помощи. Планировали также широкое привлечение к работе знахарей, повитух, лекарей, владеющих методами нетрадиционной народной медицины.

Дальнейшее развитие и совершенствование ПМСП вызвало изменение ее содержания и объем работ. В 1978 г. в декларации Международной



Рис. 2.1. Скорая медицинская помощь

конференции ВОЗ указывали, что ПМСП представляет собой важнейшую часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, которые повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и затратах, которые община и страна в целом могут позволить себе самостоятельно. В Российской Федерации ПМСП оказывают здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, поликлиники (амбулатории), офисы семейного врача, женские консультации.

Объем ПМСП определен местной администрацией в соответствии с государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи и территориальными программами ОМС.

Порядок оказания ПМСП устанавливают органы управления муниципальной системы здравоохранения на основании нормативных актов МЗ России.

В настоящее время ПМСП служит I уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, которая максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой I этап непрерывного процесса охраны здоровья народа.

Один из важнейших принципов ПМСП заключается в ее доступности. Первоначально ее определяли как:

- наличие безопасной питьевой воды в доме или на расстоянии 15 мин ходьбы;
- удовлетворительные санитарные условия;
- иммунизация против дифтерии, столбняка, коклюша, кори, полиомиелита и туберкулеза;

- возможность оказания медицинской помощи не позднее, чем через 1 ч и постоянное наличие не менее 20 основных лекарственных средств;
- наличие подготовленных акушерок и персонала по уходу за грудными детьми.

СТРАТЕГИЯ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

В настоящее время стратегия ВОЗ состоит в том, что доступность ПМСП должна обеспечивать комплексное медицинское обслуживание отдельных людей, семей и групп населения, лечь в основу национальной системы здравоохранения, решать основные проблемы охраны здоровья населения, включая мероприятия по укреплению здоровья, профилактики и реабилитации.

Основные направления деятельности ВОЗ по обеспечению ПМСП населения:

- санитарно-гигиеническое просвещение (пропаганда медицинских и гигиенических знаний) — проведение семинаров, лекций, изготовление аудиопродукции, публикации, выступления в средствах массовой информации;
- содействие обеспечению рациональным питанием, доброкачественным водоснабжением, проведению основных санитарных мер;
- охрана здоровья матери и ребенка, планирование семьи;
- иммунизация против основных инфекционных заболеваний;
- профилактика эпидемических болезней, борьба с ними;
- лечение распространенных заболеваний и травм;
- обеспечение основными лекарственными средствами.

ПМСП в Российской Федерации обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службой. В ее оказании могут также участвовать учреждения государственной и частной системы здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. К муниципальной системе здравоохранения относят муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности МО, научно-исследовательские и образовательные учреждения, фармацевтические и аптечные предприятия, учреждения судебно-медицинской экспертизы и другие, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с действующим законодательством и

нормативными актами. Развивается сеть палат и отделений больниц сестринского ухода и паллиативных видов помощи, хосписов, кабинетов противоболевой терапии. Создают службы сестринской помощи на дому пожилым людям и инвалидам. В системе ПМСП медицинская сестра должна проводить доврачебные осмотры, в том числе профилактические, выявлять и решать в рамках своей компетентности медицинские и психологические проблемы пациентов, предоставлять сестринские услуги больным с наиболее распространенными заболеваниями.

Ведущим звеном в системе ПМСП считают амбулаторно-поликлинические учреждения. В настоящее время происходят структурные изменения состава этих учреждений; увеличивается число амбулаторий, поликлинических отделений городских больниц, диспансеров, участковых больниц.

ПМСП населению России в основном оказывают участковый врач-терапевт и медицинская сестра путем долгосрочного медицинского обслуживания здоровых и больных людей по месту их жительства с учетом семейного и социального окружения.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ В ПОЛИКЛИНИКЕ

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА:

- организует амбулаторный прием врача-терапевта участкового;
- обеспечивает его медицинскими картами амбулаторных больных, бланками рецептов, направлений;
- подготавливает к работе приборы, инструменты;
- формирует совместно с врачом-терапевтом участковым врачевый (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения;
- участвует в формировании групп диспансерных больных;
- осуществляет диспансерное наблюдение больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;
- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью результатов в медицинской карте амбулаторного больного;
- проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;

- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска;
- организует и ведет занятия в школах здоровья;
- изучает потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;
- организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оформляет направление больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения, по медицинским показаниям;
- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний;
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- оформляет документацию по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документы для направления на медико-социальную экспертизу, а также заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- совместно с органами социальной защиты населения организует медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью младшего медицинского персонала;
- ведет медицинскую документацию;
- принимает участие в анализе состояния здоровья обслуживаемого населения и деятельности врачебного (терапевтического) участка;
- осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов;
- осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции (приказ МЗ России от 15.11.2012 г. № 923н).

ОБСЛУЖИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ НА ДОМУ

Организация правильного ухода за больным на дому играет важную роль для его выздоровления и служит обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющего на его эффективность. Добросовестная работа участковой медицинской сестры повышает уверенность больного в скорейшем выздоровлении и способствует устранению клинических проявлений болезни, предупреждает развитие осложнений. Здесь важным фактором выступает доверие пациента к медицинской сестре, когда он знает, что будет сделано все необходимое для восстановления его здоровья.

Общаясь с пациентом, медицинская сестра всегда должна учитывать психологическое состояние больного человека, индивидуально подходить к каждому пациенту с учетом его состояния, личностных особенностей, его отношения к здоровью. Во время общения медицинская сестра должна терпеливо выслушать больного и сопереживать ему, задавать хорошо продуманные вопросы, разъяснять правила подготовки к исследованиям и правила по приему лекарств и т.д. Все это способствует эффективному лечению пациента.

Обслуживая больных на дому, медицинская сестра обязана хорошо владеть всеми практическими навыками ухода и при необходимости обучать больного и близких родственников этим навыкам, помогать родственникам получать в поликлинике предметы ухода за больным, организовывать «стационар на дому» (рис. 2.2).

При посещении пациента на дому медицинская сестра определяет создание условий для удобного положения его в постели, решает вопросы о способах питания и характере диеты, обучает приемам дыхательной



Рис. 2.2. Сестринское обслуживание пациента на дому

гимнастики, постурального дренажа, осуществляет контроль санитарного состояния комнаты и соблюдения правил личной гигиены.

В необходимых случаях она обеспечивает уход за кожным покровом, глазами, ушами, полостью рта, наружными половыми органами, осуществляет смену нательного и постельного белья.

Медицинская сестра не должна давать разъяснения пациентам и их родственникам об исходе и прогнозе заболевания, пояснения по результатам исследований (физикального, лабораторного и инструментального). Это относят к деятельности врача.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРИНЦИПУ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРИНЦИПУ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

В настоящее время развиваются различные структурные формы — отделения общеврачебной практики:

- на базе существующих поликлиник, муниципальных городских и районных больниц;
- на базе сельских врачебных амбулаторий;
- в составе медико-социальных центров и др.

Для работы медицинской сестрой общей практики необходимо пройти последипломную подготовку по специальности «Медицинская сестра общей практики» в медицинских колледжах и училищах по повышению квалификации. В приказе Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 350 от 20 ноября 2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» (в редакции Приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84) указано, что медицинская сестра общей практики — квалифицированный специалист в области сестринского дела, работающий по обеспечению ПСМП прикрепленному населению в пределах своей компетенции, включая профилактические и реабилитационные мероприятия. Работа медицинской сестры общей практики по многим параметрам значительно отличается от функциональных обязанностей участковой сестры, у нее появилась более высокая степень ответственности за больного и качество оказываемых услуг. Медицинская сестра — не механический исполнитель распоряжений врача, а думающий грамотный

профессионал, способный самостоятельно принимать решения в пределах своей компетенции, который заботится не только о пациенте, но и его семье, и рассматривает их в единстве влияния на здоровье.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Работа медицинской сестры в офисе врача общей практики (семейного врача) строится по индивидуальному принципу и приближается к форме работы участковой медицинской сестры в поликлинике (амбулатории). Медицинская сестра общей практики осуществляет следующие функции:

- организует амбулаторный прием врача общей практики (семейного врача);
- обеспечивает его медицинскими картами амбулаторных больных, бланками рецептов, направлений;
- подготавливает к работе приборы, инструменты;
- ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения (рис. 2.3);
- участвует в формировании групп диспансерных больных;
- выполняет профилактические, лечебные, диагностические, реабилитационные мероприятия, назначаемые врачом общей практики (семейным врачом) в поликлинике и на дому;
- участвует в проведении амбулаторных операций;
- обеспечивает врача общей практики (семейного врача) необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными средствами, спецодеждой;



Рис. 2.3. Работа медицинской сестры общей практики

- учитывает расход медикаментов, перевязочного материала, инструментария, бланков специального учета;
- осуществляет контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременностью их ремонта и списания;
- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью результатов в индивидуальной карте амбулаторного больного;
- выявляет и решает в рамках компетенции медицинские, психологические проблемы пациента;
- обеспечивает и предоставляет сестринские услуги пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, включая диагностические мероприятия и манипуляции (самостоятельно и совместно с врачом);
- проводит занятия (по специально разработанным методикам или составленному и согласованному с врачом плану) с различными группами пациентов;
- принимает пациентов в пределах своей компетенции;
- проводит профилактические мероприятия: выполняет профилактические прививки прикрепленному населению согласно календарю прививок; планирует, организует, контролирует профилактические обследования подлежащих осмотру контингентов с целью раннего выявления туберкулеза;
- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний;
- организует и проводит гигиеническое обучение и воспитание населения;
- оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях и несчастных случаях больным и пострадавшим;
- своевременно и качественно ведет медицинскую документацию;
- получает информацию, необходимую для качественного выполнения функциональных обязанностей;
- руководит работой младшего медицинского персонала, контролирует объем и качество выполненной им работы;
- осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов;
- осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции (приказ МЗ РФ № 350 от 20.11.2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ»).

В настоящее время доврачебный прием больных медицинской сестрой общей практики включает измерение роста, веса, пульса, АД,

ЧДД, снятие ЭКГ, термометрию, определение остроты зрения и подбор простых очков, определение объема форсированного выдоха с помощью пикфлоуметра, уровня гликемии экспресс-методом при помощи глюкометра. Это позволяет значительно разгрузить врача общей практики, повысить авторитет и престиж медицинской сестры.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Профессиональная деятельность медицинской сестры общей практики на участке включает:

- активные посещения на дому пациентов, часто вызывающих скорую медицинскую помощь;
- активные посещения на дому пациентов, находящихся под динамическим наблюдением с хроническими заболеваниями преимущественно пожилого и старческого возраста;
- выполнение лекарственных назначений и лечебных манипуляций, назначенных врачом общей практики;
- обучение больного и членов его семьи самоуходу и уходу;
- обучение больного методике проведения оксигенотерапии (оксигенотерапию в домашних условиях обычно проводят с помощью концентратора кислорода, существуют и переносные контейнеры; показания для лечения — стойкая артериальная гипоксемия — определяет врач под адекватным наблюдением за пациентом, необходимая часть лечения — посещение специально подготовленной медицинской сестры);
- обучение пациента методике ЛФК;
- обучение пациента правилам приема лекарственных препаратов, контроля побочных эффектов;
- проведение профилактических прививок;
- контроль соблюдения пациентом предписанных врачом режима и диеты;
- контроль санитарного состояния жилища пациента.

Активные посещения больных на дому составляют основную часть самостоятельной работы медицинской сестры общей практики на участке. Это больные, которые нуждаются в регулярном сестринском наблюдении (динамика состояния, соблюдение диеты и режима двигательной активности, контроль правильного приема лекарственных средств, побочных эффектов лекарственной терапии).

О проведенных мероприятиях медицинская сестра общей практики ежемесячно подает отчет старшей медицинской сестре поликлиники.

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ СЕМЬИ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ФУНКЦИИ СЕМЬИ

Семья — это общность нескольких членов в совместном жизненном пространстве. Традиции, культура, религия и правовые нормы создают ее внешние контуры. Наследственность, воспитание, образование определяют индивидуальные качества ее членов, поведение и отношения между собой. Жилым пространством семьи, как правило, служат дом, квартира, а жизненным пространством — село, город, место работы и др.

Переход к семейной медицине как важнейшему звену ПСМП, повышение роли и расширение функций службы врача общей практики существенно изменили обязанности и место сестринского персонала в ней. Модель семейной практики значительно расширяет сферу деятельности медицинской сестры, которая заключается в участии в лечебном процессе, оказании психологической, социальной и профилактической помощи. Семейная медицинская сестра — высокопрофессиональный специалист, в полном объеме владеющий сестринским делом в терапии, хирургии, педиатрии, акушерстве и гинекологии, обладающая знаниями и умениями сестринских разделов специализированных видов медицинской помощи (ЛОР-, глазные, кожные болезни и др.). Это личность, способная на основе широкой гуманитарной подготовки решать вопросы медицинской культуры членов семьи, гигиены и диетологии, возрастной психологии и семейной педагогики, физического воспитания пациентов разного возраста. Совместно с больным, его родственниками и семейным врачом она намечает мероприятия, которые необходимо провести для восстановления и укрепления его здоровья, и должна предвидеть результат этих мероприятий.

Основные функции семьи:

- воспроизводство;
- совместное ведение хозяйства;
- проведение досуга;
- оказание взаимной помощи;
- образование;
- социальное интегрирование.

Различные типы семьи различаются по способам взаимодействия их членов, решению проблем и организации совместной жизни. Различны также:

- отношение семьи к здоровью, вопросы его поддержания;
- болезни ее членов;
- обращения за помощью к медицинским работникам;
- уход за больными;
- использование альтернативных способов и методов лечения;
- формирование здорового образа жизни.

Полный жизненный цикл семьи состоит из следующих периодов:

- основание;
- дети дошкольного возраста;
- дети школьного возраста;
- взросление детей, начало разделения;
- родители без детей;
- пенсионеры;
- вдова/вдовец.

Участковая медицинская сестра обслуживает и наблюдает за течением жизни семьи и в переходные периоды жизненного цикла. При этом она обычно наблюдает **предсказуемые переходы**: рождение здорового ребенка, начало и конец учебы в школе, выбор и получение детьми профессии, женитьба/замужество детей и т.д.

Однако возможны и **неожиданные переходы**:

- рождение неполноценного ребенка;
- проблемы воспитания, алкоголизма и наркомании;
- инвалидность;
- потеря работы;
- изменяющее жизнь тяжелое заболевание;
- конфликты, развод, тюремное заключение и др.

Эти и другие неожиданные переходы могут стать причиной болезней отдельных ее членов. Среди других причин нарушения здоровья членов семьи могут быть неблагоприятные условия работы, критические возрастные периоды, кризис в сексуальной жизни, финансовые трудности и др.

Обслуживание семьи медицинская сестра проводит с учетом четырех принципов семейной медицины:

- непрерывность медицинской помощи;
- всеобъемлющий подход;
- неразделяемые проблемы;
- высокое качество медицинского обслуживания.

Работа семейной медицинской сестры направлена:

- на динамическое наблюдение за состоянием здоровья семьи с проведением необходимого обследования и оздоровления (рис. 2.4);
- оказание неотложной доврачебной помощи при неотложных состояниях;
- оказание квалифицированной сестринской помощи;
- медико-социальная и бытовая помощь совместно с органами социальной защиты одиноким престарелым, инвалидам, хроническим больным;
- организация консультативной помощи семье по вопросам питания, иммунопрофилактики, профессиональной ориентации, планирования семьи, этики, психологии, медико-сексуальных аспектов семейной жизни;
- ведение утвержденной учетной и отчетной документации.

В амбулаторной практике уход за пациентами пожилого и старческого возраста — одна из самых трудоемких задач для медицинской сестры. Наступающие в этот период жизни нарушения здоровья следует рассматривать как результат патологических процессов, а не как следствие возраста.

Старость как определенный этап существования индивидуума и **старение** как динамический процесс, сопровождающий нисходящую стадию развития человека, — разные понятия. Согласно возрастной классификации, принятой ВОЗ (1963), в позднем онтогенезе выделяют три периода:

- средний возраст — 45–59 лет;
- пожилой возраст — 60–74 года;
- старческий — 75 лет и старше.

В последнем периоде выделена отдельная категория людей в возрасте 90 лет и старше, названная **долгожителями**.



Рис. 2.4. Обслуживание семьи медицинской сестрой

Клинические особенности течения болезней у пациентов пожилого и старческого возраста:

- стертое начало;
- множественное поражение органов и систем;
- хроническое течение;
- нетипичная симптоматика.

Нередко начальные проявления болезни геронтологические больные обуславливают возрастом, занимаются самолечением, терпят болезнь и стараются преуменьшить ее проявления.

Способность медицинской сестры выслушать пациента преклонного и старческого возраста, дать ему возможность высказаться будет способствовать своевременному выявлению у него не только заболеваний, но и социальной апатии, отчуждения, потери уверенности в своих силах. Медицинская сестра может и должна этому активно противостоять.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Формирование здорового образа жизни — теория и практика охраны здоровья, гигиеническое воспитание, пропаганда медицинских знаний, обучение правилам и навыкам здорового труда, быта, отдыха.

Человек, решивший изменить свой образ жизни с целью улучшения здоровья, проходит четыре стадии.

- Стадия I — отсутствие у пациента заинтересованности в изменениях. На этой стадии нужно дать ему как можно больше информации о вреде курения, употребления алкоголя, переедания и низкой физической активности. Следует исходить из того, что нельзя заставить человека измениться, но, узнав новые факты, он может задуматься над своим образом жизни.
- Стадия II — обдумывание изменений. В это время надо вместе с пациентом найти индивидуальную мотивацию, достаточную для изменения его образа жизни, чтобы он пересмотрел свое отношение к здоровью.
- Стадия III — выполнение изменений. В это время необходима постоянная поддержка пациента, оказание ему помощи в преодолении срывов, которые неизбежны. Особенности поведения пациента во время срыва можно предусмотреть и разработать план противодействующих мероприятий. После срыва надо помочь пациенту вернуться к процессу изменений и продолжить его, усилив мотивацию, что служит неперенным условием успеха.
- Стадия IV — сохранение, стабилизация изменений.

Все эти стадии универсальны для избавления от любых вредных привычек. Именно поэтому участковая медицинская сестра должна фиксировать на них внимание пациентов.

На поведенческом уровне здоровье часто воспринимается негативно, как плод воздержания, и потому без радости. Такое восприятие здоровья усиливают фразы типа: «Вам этого нельзя», «Вы должны заниматься спортом, иначе совсем заболете». Для формирования здорового образа жизни эти рекомендации станут более привлекательными и эффективными, если будут даны в зеркальном отображении: «Вы можете, соблюдая несколько простых правил, есть, сколько хочется» или: «Вам не нужно принуждать себя бегать, занимайтесь тем видом спорта, который вам действительно приносит удовольствие». Если процесс переосмысления настоящего образа жизни дает зримые, реальные плоды, то необходимо перейти к IV стадии — стабилизации выработанной новой поведенческой реакции здорового образа жизни.

Нельзя полагать, что сохранение приобретенного навыка здорового образа жизни — нечто само собой разумеющееся. Большинство пациентов рано или поздно возвращаются к прежнему образу жизни. Наиболее простым и эффективным способом стабилизации нового поведения считают применение похвалы. Надо использовать для этого слова одобрения, различные виды поощрения, не скупиться на них. Надо находить и поощрять даже малозаметные успехи в стабилизации нового поведения. Причем успехи, даже частичные, в приобретении навыков здорового образа жизни необходимо изначально трактовать как результат совместного сотрудничества медицинской сестры и пациента, а не как заслугу медицинской сестры. Наряду с положительным эффектом стабилизации новой поведенческой реакции, таким образом, укрепляется вера пациента в то, что он сам может влиять на свое здоровье. В таких случаях надо говорить: «Я поражена, с какой последовательностью вы проводите разгрузку диетой», а не: «Разгрузочно-диетическая терапия, скажу вам, — потрясающий метод, я с ним уже много лет добиваюсь успехов».

Зеркальный по отношению к похвале принцип отказа от упреков считают таким же эффективным и надежным. При этом случаи неудач приобретения новых навыков или рецидива старых привычек нужно оценивать как преодоление очередной рубежной проблемы обучения методом проб и ошибок. Следует не упрекать, а сказать с надеждой на успех: «Ну, теперь вы знаете, что вас подстерегает и угрожает вашим планам. В очередной раз, если встретитесь с подобным, будьте внимательны».

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Профилактика (греч. *prophylactics* — предохранение, предупреждение) — широкая и разносторонняя сфера деятельности медицинской сестры поликлиники, относится к выявлению причин заболеваний и повреждений, их ослаблению или устранению среди прикрепленного населения. Профилактика — (ВОЗ) социальная дисциплина, изучающая, в какие условия должна быть поставлена жизнь коллектива и его отдельных членов, чтобы обеспечить им возможно более долгое сохранение здоровья и отсрочить смерть. Медицинскую профилактику как вид деятельности подразделяют на санитарное просвещение и оказание профилактических медицинских услуг: гигиеническое воспитание (чтение лекций, проведение бесед, пропаганда здорового образа жизни в средствах массовой информации), иммунопрофилактика, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. Выделяют индивидуальную (личную) и общественную профилактику.

Профилактику различают первичную (меры направлены на устранение непосредственной причины заболевания или повреждения), вторичную (ранняя диагностика и оказание корректирующей медицинской помощи, третичную — уменьшение или исключение последствий длительных заболеваний и нетрудоспособности, обеспечение пациенту режима немедикаментозного образа жизни (реабилитация).

Первостепенное значение для первичной профилактики приобретает образ жизни, который предупреждает развитие хронически протекающих заболеваний, генез которых во многом связан с вредными привычками (курение, гиподинамия, употребление алкоголя, нерациональное питание, поведенческие реакции) и другими отрицательными аспектами образа жизни.

Образ жизни оказывает существенное влияние на ее продолжительность. Средняя продолжительность жизни в развитых странах значительно выше, чем в малоразвитых. Количественная оценка здоровья через показатель продолжительности жизни показывает индивидуальные резервы, которые позволяют человеку не заболеть в ближайшие 10–12 лет.

По риску возникновения заболеваний в ближайшие 10 лет пациентов распределяют на группы:

- 1-я — с очень малым резервом здоровья;
- 2-я — с малым резервом здоровья;

- 3-я — со средним резервом здоровья;
- 4-я — с большим резервом здоровья;
- 5-я — с очень большим резервом здоровья.

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Сами по себе факторы риска подразделяются на внешние и внутренние (биологические). Пол, возраст, наследственность считаются неуправляемыми факторами, состояние экономической обстановки — малоуправляемым, а курение, гиподинамия, избыточная масса тела, употребление пересоленной пищи, наличие очагов хронической инфекции в носоглотке, артериальная гипертония и др. — управляемыми, т. е. поддающимися коррекции.

Некоторые заболевания сами являются факторами риска других болезней. Например, хронический тонзиллит является фактором риска ревматизма. Многие факторы риска являются результатом неправильных поведенческих реакций и вредных привычек.

Пациентов с несколькими факторами риска относят в группу высокого риска развития болезни, при наличии одного — в группу среднего риска. Группу с низким риском развития болезней составляют люди, не имеющие факторов риска.

Кроме отдельных факторов риска выделены и так называемые группы риска, то есть группы населения, которые в большей степени, чем другие, предрасположены к различным заболеваниям (дети, старики, беременные, мигранты, одинокие, лица без определенных занятий, безработные с девиантным поведением, алкоголики, наркоманы, проститутки и др.).

В плане коррекции факторов риска должны преобладать мероприятия, касающиеся ранговых групп заболеваний. Так, в осенне-зимний период среди населения необходимо провести профилактику гриппа с использованием римантадина (Ремантадина[®]). Для повышения резистентности организма надо использовать адаптогены растительного происхождения [аралии маньчжурской корня (Аралии настойка[®]), левзеи сафлоровидной корневища с корнями (Левзеи экстракт жидкий[®]), лимонника китайского семени (Лимонника семян настойка[®]), настойка Золотого корня[®], элеутерококка колючего корневища и корня (Элеутерококка экстракт жидкий[®])]. В оздоровительных центрах на предприятиях и учреждениях работающим целесообразно проводить закаливающие водные процедуры, ингаляции с морской водой, гипертермию в сауне и т.д. Лицам с хроническими заболеваниями органов дыхания реабилитационные программы необходимо проводить в рамках вторичной профилактики, что в 2–4 раза снижает вероятность обострения заболеваний. Программы по снижению факторов риска ИБС, гипертонической болезни, атеро-

склероза должны включать мероприятия, направленные на ликвидацию управляемых факторов риска (их первичная профилактика) и лечебные мероприятия в объеме вторичной профилактики.

Уменьшение потребления поваренной соли. Привычка питаться пересоленной пищей не является физиологически оправданной, от нее необходимо избавиться, как от всякой вредной привычки. В группах населения, где потребление натрия не превышает 2 г/сут, не наблюдают роста АД с возрастом и практически отсутствует эссенциальная АГ.

Увеличение в рационе доли свежих овощей, фруктов и других растительных продуктов, уменьшение потребления животных продуктов способствует увеличению калия и уменьшению натрия. Именно поэтому чем меньше в той или иной местности население потребляет продуктов растительного происхождения в свежем виде и чем больше в пище употребляет маринады и соленья, тем выше распространенность АГ, выше уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Физиологическая норма суточного потребления натрия составляет до 2 г, что соответствует до 5 г поваренной соли (1 чайная ложка).

Уменьшение употребления алкоголя. Прием алкоголя сопровождается отрицательно действующими на сердце и сосуды факторами (избыточный прием пищи, курение, гиподинамия и др.). Алкоголь оказывает прямое токсическое влияние на сердечную мышцу, что приводит к нарушению метаболизма и структурным перестройкам в миокарде.

Необходимо настойчиво рекомендовать полный отказ от алкоголя или ограничение его потребления по крайней мере до одной порции (по 10 г чистого этанола ВОЗ) в день для мужчин и менее одной стандартной порции этанола в день для женщин.

Прекращение курения. Отрицательное действие никотина связано с тем, что он парализует периферические центры вегетативной нервной системы, вызывает резкие нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца, способствует выбросу в кровь катехоламинов и минералокортикоидов, повышает адгезивность тромбоцитов, увеличивает концентрацию липидов в крови и повышает проницаемость артериальной стенки для липопротеидов. Все это увеличивает риск развития тромбозов.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Главные принципы рационального питания.

— Соблюдение баланса поступающей и расходуемой энергии. Расход энергии зависит от группы труда:

- первая группа — работники умственного труда (служащие, ученые, педагоги, инженеры).

- вторая группа — легкий физический труд (продавцы, швеи, агрономы, медицинские сестры, операторы и др.).
 - третья группа — труд средней тяжести (станочники, слесари, хирурги, водители).
 - четвертая группа — тяжелый физический труд (строители, механизаторы, грузчики и др.).
 - пятая группа — очень тяжелый физический труд (сталевары, шахтеры и др.).
- Удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и качестве пищевых веществ.
 - Оптимальное соотношение пищевых веществ. Адекватное потребление калия, кальция, магния (фруктов, овощей, рыбы и морепродуктов).
 - Соблюдение оптимального биоциркадного режима питания. Питание должно быть дробным, 3–4 раза в сутки. Если промежутки между приемами пищи во время бодрствования составляют 7 ч и более, то развивается голод.
 - Принимать пищу надо медленно, тщательно пережевывая, не торопясь.
 - Пища должна содержать балластные вещества — клетчатку для чувства насыщения и работы кишечника.
 - Рациональное распределение пищи по калорийности: первый завтрак — 25%, второй — 15%, обед — 45%, ужин — 15%.
 - Белковые продукты (мясо, рыба, бобовые) употребляют преимущественно в первой половине дня, молочно-растительные блюда — вечером.
 - Хлеб следует употреблять белый и черный.
 - Прием пищи не должен продолжаться до чувства насыщения, которое возникает через 15–20 мин после окончания приема пищи.

Процесс питания сводится не только к ферментативному расщеплению сложных структур пищи до мономеров, их всасыванию и усвоению, но и к физиологическому эффекту так называемых балластных веществ (неутилизированных компонентов пищи). К ним относят, главным образом, пищевые волокна (различные полисахариды, клетчатка и др.), содержащиеся в натуральных овощах, фруктах, хлебе из муки грубого помола, других нерафинированных продуктах. Балластные вещества играют ключевую роль в регуляции нормальных секреторной, моторной, всасывательной и эндокринной функций органов пищеварения.

Питание должно быть сбалансировано, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов с количеством калорий соответственно 4 группам видов деятельности и характера труда.

В питании значительное место должны занимать продукты моря: рыба, морская капуста, кальмары, креветки и др. В них содержится большое количество йода и марганца, других микроэлементов. Необходимо также обогащение пищи витаминами группы В, С, Р, РР, клеточными оболочками [отвар шиповника плоды, сырые овощи и фрукты, отрубной хлеб, ненасыщенными жирными кислотами (путем замены 1/3 животного жира в диете растительными маслами) и липотропными факторами (творог)].

Важное место в укреплении здоровья и повышении индивидуальных защитных сил организма занимают немедикаментозные методы профилактического лечения. Основные из них — двигательная активность, закаливание, нивелирование стрессовых ситуаций с использованием психотерапии, аутотренинга, кабинетов психоэмоциональной разгрузки, различных видов оздоровительной гимнастики, воздействие физических факторов (сауна, баня, массаж).

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Рекомендуют регулярные изотонические физические нагрузки (физические упражнения на открытом воздухе умеренной интенсивности и продолжительности). Например, быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30–60 мин 3–4 раза в неделю, бег. Перед выполнением физической нагрузки рекомендуют провести оценку состояния индивидуального физического здоровья.

Мероприятия для оценки показателей индивидуального физического здоровья.

- Расчет ИМТ Кетле = масса тела (кг)/рост, возведенный в квадрат (m^2).
- Расчет индекса отношения талия/бедро (ИТ/Б). Индекс талия/бедро = окружность талии (наименьшая окружность, измеренная ниже грудной клетки над пупком)/окружность бедер (наибольшую окружность, измеренную на уровне ягодиц). Индекс талия/бедро составляет:
 - промежуточный — 0,8–0,9;
 - гиноидный (бедренно-ягодичный) — <0,8;
 - андронидный (абдоминальный) — >0,9.
- Определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), динамометрия обеих кистей.
- В исходном положении подсчитывают пульс за 10 с до получения трех одинаковых значений.
- Измеряют АД, определяют **двойное произведение** ($ЧСС \times АД$ систолическое/100).

После этого пациент приседает 20 раз в течение 30 с. Если он не может этого выполнить, то отнимают 2 балла от суммы баллов.

Показатели физического здоровья определяют в баллах и составляют для **мужчин** следующее.

– ИМТ:

- 19,9 и менее, 30 и более — низкий показатель (–2 балла);
- 25–29,9 — ниже среднего (–1 балл);
- 20–24,9 — средний (1 балл).

– Динамометрия более сильной кисти (кг), отнесенная к массе тела (кг), выраженная в процентах:

- 60 кг и менее — низкий показатель (0 баллов);
- 61–65 кг — ниже среднего (1 балл);
- 66–70 кг — средний (2 балла);
- 71–80 кг — выше среднего (3 балла);
- 81 кг и выше — высокий (4 балла).

– Двойное произведение в покое:

- 111 и выше — низкий показатель (–2 балла);
- 95–110 — ниже среднего (0 балла);
- 85–94 — средний (2 балла);
- 70–84 — выше среднего (3 балла);
- 60 и ниже — высокий (4 балла).

– Время восстановления ЧСС (с):

- 180 и выше — низкий показатель (–2 балла);
- 120–170 — ниже среднего (1 балл);
- 90–119 — средний (3 балла);
- 60–89 — выше среднего (5 баллов);
- 59 и ниже — высокий (6 баллов).

– ЖЕЛ, отнесенная к массе тела (кг):

- 50 и ниже — низкий показатель (0 баллов);
- 51–55 — ниже среднего (1 балл);
- 56–60 — средний (4 балла);
- 66 и выше — высокий (5 баллов).

Для **женщин**.

– ИМТ:

- 19,9 и менее, 30 и более — низкий показатель (–2 балла);
- 25–29,9 — ниже среднего (–1 балл);
- 20–24,9 — средний (1 балл).

– Динамометрия более сильной кисти, отнесенная к массе тела, выраженная в процентах:

- 40 и ниже — низкий показатель (0 баллов);
- 41–50 кг — ниже среднего (1 балл);
- 51–56 — средний (3 балла);
- 61 и выше — высокий (4 балла).

- Время восстановления ЧСС и двойное произведение в покое оценивают так же, как и у мужчин.
- ЖЕЛ, отнесенная к массе:
 - 40 и ниже — низкий показатель (0 баллов);
 - 41–45 — ниже среднего (1 балл);
 - 46–50 — средний (2 балла);
 - 51–56 — выше среднего (4 балла);
 - 57 и выше — высокий (5 баллов).

После оценки каждого показателя определяют сумму баллов:

- 4 балла и менее — низкий показатель здоровья;
- 5–9 — ниже среднего;
- 10–13 — средний;
- 14–16 — выше среднего;
- 17 и более — высокий.

Определение степени физической нагрузки. Дозирование физической нагрузки для людей молодого и среднего возраста проводят согласно степени восстановления пульса. Для этого необходимо:

- определить частоту пульса в 1 мин в покое;
- выполнить полный комплекс физической нагрузки;
- определить частоту пульса в 1 мин в течение первых 10 с после нагрузки, затем через 1, 3, 5 и 10 мин.

В норме пульс должен восстановиться в следующей последовательности:

- через 1 мин после физической нагрузки на 10%;
- через 3 мин — на 20%;
- через 5 мин — на 50%;
- через 10 мин — на 70–77%.

За 100% считают пульс в первые 10 с после физической нагрузки. Если к концу 5 мин пульс превышает исходный на 20–25 ударов — тренирующая нагрузка завышена и необходима ее коррекция.

Для людей пожилого возраста дозирование физической нагрузки проводят по степени различия частоты пульса в покое и в первую минуту после 10 приседаний в течение 20 с:

- разница не более 10 ударов/мин — доступна средняя нагрузка (бег трусцой, ходьба со скоростью 5–6 км/ч, легкие спортивные игры);
- разница от 10 до 20 ударов/мин — доступна малая нагрузка (бег исключен, ходьба со скоростью 4 км/ч);
- разница 20–30 ударов/мин — доступна незначительная нагрузка (ходьба со скоростью 2–2,5 км/ч);
- разница более 30 ударов/мин — занятия с дозированной физической нагрузкой можно проводить только под контролем врача.