

Учебная практика 07. Участие в организации безопасной среды для пациентов и персонала, в оказании медицинских услуг

ТЕМА 1. Обеспечение лечебно-охранительного режима в ЛПО

Формируемые ПК и ОК во время прохождения учебной практики

Код	Наименование результата обучения
ПК 7.1.	Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности
ПК 7.2.	Соблюдать принципы профессиональной этики
ПК 7.3.	Осуществить уход за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому
ПК 7.4.	Консультировать пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода
ПК 7.5.	Оформлять медицинскую документацию
ПК 7.6.	Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий
ПК 7.7.	Обеспечивать инфекционную безопасность.
ПК 7.8.	Обеспечивать безопасную больничную среду для пациентов и персонала.
ПК 7.9.	Участвовать в санитарно-просветительской работе среди населения.
ПК 7.10.	Владеть основами гигиенического питания.
ПК 7.11.	Обеспечивать производственную санитарию и личную гигиену на рабочем месте.
ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем
ОК 3.	Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы
ОК 4.	Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
ОК 6.	Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами
ОК 8.	Соблюдать правила охраны труда, пожарной безопасности и техники безопасности

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Тема 1. Обеспечение лечебно-охранительного режима в ЛПО

Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях предусматривает создание оптимальных условий для выздоровления пациента. В лечебно-охранительный режим входит определенная организация дня пациента – расписание выполнения лечебно-диагностических мероприятий, режим питания, сна, общения с посетителями и др. Кроме того, лечебно-охранительный режим включает создание у пациента определенного психологического настроения на выздоровление, улучшение состояния, преодоление проблем со здоровьем. Поэтому персоналу рекомендуется проявлять доброжелательность к пациентам, разговаривать спокойным негромким голосом, соблюдать по возможности установленный для них режим дня. Пациентов, страдающих тяжелыми заболеваниями или находящихся на строгом постельном или постельном режиме, рекомендуется помещать в отдельные палаты или отгораживать ширмой на время проведения гигиенических мероприятий. Это необходимо для комфортного самочувствия самого пациента и окружающих его людей.

Лечебно-охранительный режим – это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического комфорта пациентов и медперсонала.

Элементы лечебно-охранительного режима:

1. обеспечение режима эмоциональной безопасности для пациента

Выполнение этого режима в отделении обеспечит пациенту и медработнику условия для эффективного удовлетворения потребностей «быть здоровым», «избегать опасности» и «общаться». Цель мероприятий по обеспечению этого режима:

- устранить отрицательное влияние больничной среды на эмоциональную сферу, психику человека;
- дать больше положительных эмоций, что поможет в лучшей и скорейшей адаптации к условиям стационара.

Обеспечение режима эмоциональной безопасности:

- Тишина
- Доброжелательная обстановка
- Положительные интонации при разговоре
- Эстетика, интерьер, удобное размещение мебели
- Наличие помещений для отдыха, посещений, досуга
- Организация досуга пациентов
- Максимальное устранение отрицательных эмоций
- Психологическая поддержка
- Рациональное заполнение палат
- Рациональная организация труда медработников и снижение физических и психологических нагрузок.

Важное значение режим эмоциональной безопасности имеет для медицинской сестры. Работа, связанная с уходом за больными людьми, требует ответственности, большого физического и эмоционального напряжения. В результате этого сестра постоянно находится в состоянии стресса.

2. строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка, и выполнения манипуляций обеспечит:

- ✓ условия для наиболее эффективного способа удовлетворения всех основных потребностей пациента, а значит – качественный уход;
- ✓ возможность организовать работу всего медицинского коллектива и более рационально использовать рабочее время каждого;
- ✓ профилактику различных несчастных случаев, риск которых в условиях стационара достаточно высок как для пациента, так и для медицинского работника.

- 2.1. режим дня: прием пищи, сон и отдых, утренний и вечерний туалет, врачебный обход, раздача лекарств, выполнение врачебных назначений, прием передач и посещение родственников
- 2.2. правила безопасности при выполнении манипуляций: снижение риска травм во время выполнения процедур и вследствие падений.

Соблюдение режима дня строго обязательно и для пациентов, и для всех работников больницы. Медсестра знакомит с ним поступивших в отделение пациентов и их близких, участвует в проведении всех мероприятий и следит за выполнением установленного режима в отделении.

Угрозу для здоровья могут представлять: инфекция, неправильное использование сильнодействующих и ядовитых веществ и дезинфицирующих средств, высокие и низкие температуры, различные излучения, нарушения в технике эксплуатации электрооборудования и кислородных установок.

В условиях стационара, как у пациентов, так и у медицинских работников возможны отравления и травмы в результате падений, ожогов, поражений электрическим током.

Особенно высок риск несчастных случаев у детей и пациентов пожилого и старческого возраста.

3. обеспечение режима рациональной двигательной активности:

- обеспечение режима двигательной активности по назначению врача;
- соблюдение правил биомеханики для безопасного передвижения пациента и медперсонала

В условиях стационара медсестре часто приходится осуществлять уход за пациентами с нарушением удовлетворения потребности «двигаться». Такие пациенты особенно нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как они не могут самостоятельно удовлетворить большинство своих потребностей. Удовлетворение потребности «двигаться» может быть нарушено в результате болезни. В некоторых ситуациях пациенту запрещают или ограничивают двигательную активность врач, который стремится предотвратить возможное ухудшение состояния больного человека в связи с чрезмерной для него физической нагрузкой.

Для **соблюдения тишины** персоналу медицинского учреждения рекомендуется носить бесшумную обувь. Не следует включать громкую музыку, кричать, выяснять отношения в присутствии пациента. Комфортные и уютные палаты помогают адаптироваться пациентам к больничным условиям, создают благоприятный психологический фон. При отделке помещений в лечебно-профилактических учреждениях следует использовать экологичные материалы теплых цветов. Это также положительно влияет на психологическое состояние пациента.

В зависимости от состояния больного ему могут быть назначены различные **виды режима – общий, полупостельный, постельный, строгий постельный.**

Строгий постельный режим рекомендован для обеспечения пациенту максимального покоя. При нем больной постоянно находится либо в горизонтальном положении на спине, либо в полусидячем положении с приподнятым изголовьем кровати. Пациенту, которому назначен строгий постельный режим, не разрешается самостоятельно менять положение тела и осуществлять движения в крупных суставах. Такой пациент нуждается в полном уходе (все гигиенические процедуры, кормление, помощь при физиологических отправлениях осуществляет медсестра).

Постельный режим показан, когда состояние здоровья пациента позволяет немного активизировать его движения. Основную часть времени такой больной проводит в горизонтальном или сидячем положении с приподнятым изголовьем. При этом ему разрешается выполнять движения конечностями, поворачиваться в постели, а также самостоятельно умываться и есть. Тем не менее пациенту необходимо помогать во время приема пищи, подавать судно, менять постельное и нательное белье и многое другое.

Палатный (полупостельный) режим рекомендован при необходимости постепенного увеличения двигательной активности. Пациенту, находящемуся на палатном режиме, разрешается половину дневного времени находиться в сидячем положении, несколько раз в день можно прохаживаться по палате.

Свободный (общий) режим показан при необходимости увеличить физическую нагрузку. При данном режиме большую часть времени пациент проводит вне постели, выходит за пределы палаты, допускаются прогулки на свежем воздухе. Однако тихий час пациент проводит, непременно лежа в постели.

В лечебно-профилактических учреждениях санаторного типа существуют три разновидности общего режима.

Щадящий режим по уровню физических нагрузок соответствует общему режиму в стационаре. Пациентам разрешаются прогулки на территории санатория, но определенная часть дневного времени должна проводиться в сидячем положении и относительном покое.

Щадяще-тренирующий режим предполагает участие пациента в экскурсиях и массовых культурных мероприятиях, ему разрешаются более длительные прогулки в окрестностях санатория.

Тренирующий режим допускает значительно более длительные прогулки и активное участие в любых мероприятиях.

Основные типы ЛПУ. Санитарно-эпидемиологический режим в ЛПУ

Основные типы ЛПУ (лечебно-профилактических учреждений):

- **амбулаторный** (учреждения, где оказывается лечебно-диагностическая помощь пациентам, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении);

- **стационарный** (учреждения, оказывающие лечебно-диагностическую помощь больным, нуждающимся в круглосуточном лечении, уходе и лечебно-охранительном режиме).

Амбулаторные типы ЛПУ в свою очередь подразделяются на несколько видов.

1. **Поликлиника.** Лечебно-профилактическое учреждение, работающее по территориально-участковому принципу. Включает в себя кабинеты или отделения по основным врачевым специализациям — терапия, хирургия, офтальмология, оториноларингология, рентгеновская, функциональная и лабораторная диагностика, процедурные и физиотерапевтические кабинеты.

2. **Амбулатория** — ЛПУ, оказывающее медицинскую помощь в небольших населенных пунктах. Располагает небольшим количеством врачей. Имеет кабинеты: доврачебного приема, электрокардиографического обследования, процедурный.

3. **Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)** — ЛПУ, оказывающее медицинскую помощь фельдшерско-акушерским персоналом на доврачебном уровне. Имеется процедурный кабинет. ФАПы организуются в населенных пунктах с небольшой населенностью.

4. **Медико-санитарная часть.** ЛПУ, обслуживающее работников прикрепленного предприятия по цеховому принципу. В МСЧ, как в поликлиниках, присутствуют врачи основных специальностей и специалисты по профессиональной патологии.

5. **Здравпункт.** Включается в состав медико-санитарной части, но находится на территории предприятия. Основная функция — оказание медицинской помощи сотрудникам предприятия (чаще — промышленного) вблизи рабочего места. В здравпункте работают средние медицинские работники со специальностью «лечебное дело» (фельдшер).

6. **Диспансер** — ЛПУ, оказывающее специализированную медицинскую помощь определенной группе больных. Существуют психоневрологические, наркологические, кожно-венерологические, противотуберкулезные, онкологические, кардиоревматологические, эндокринологические диспансеры. Основная функция диспансеров — диспансеризация и патронаж.

7. **Травматологический пункт** — ЛПУ, оказывающее экстренную помощь населению при травмах.

8. Консультации — женская, детская. ЛПУ, ведущее лечебно-профилактическую работу определенной группы населения (женщины с гинекологической патологией, беременные, дети).

Приём и регистрация больных

В приёмное отделение больные могут быть доставлены следующими способами.

- Машиной скорой медицинской помощи: при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний.

- По направлению участкового врача в случае неэффективного лечения в амбулаторных условиях, перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), а так же по направлению военкомата.

- Переводом из других лечебно-профилактических учреждений (по договорённости с администрацией).

- «Самотёком»: при самостоятельном обращении больного в случае ухудшения его самочувствия на улице недалеко от больницы.

В зависимости от способа доставки больного в больницу и его состояния различают три вида госпитализации пациентов:

- 1) плановая госпитализация;
- 2) экстренная госпитализация;
- 3) госпитализация «самотёком».

Если больного доставляют в приёмное отделение в состоянии средней тяжести и тем более в тяжёлом состоянии, то ещё до регистрации медицинская сестра обязана оказать больному первую (врачебную) медицинскую помощь, срочно пригласить к больному врача и быстро выполнить все врачебные назначения.

Врач приёмного отделения осматривает больного и решает вопрос о необходимости его госпитализации в данное лечебное учреждение. В случае госпитализации медицинская сестра осуществляет регистрацию пациента и оформляет необходимую медицинскую документацию. После регистрации пациента медсестра направляет его в смотровой кабинет для осмотра врачом и выполнения необходимых диагностических и лечебных процедур.

Если больной доставлен в приёмное отделение с улицы в бессознательном состоянии и без документов, то медицинская сестра после осмотра его врачом оказывает экстренную медицинскую помощь и заполняет необходимую документацию. После этого она обязана дать телефонограмму в отделение милиции и бюро несчастных случаев. В телефонограмме указывают приметы поступившего го (пол, приблизительно возраст, рост, телосложение), перечисляет, во что был одет больной. Во всех документах до выяснения личности больной должен числиться как «неизвестный».

Кроме того, в следующих случаях медсестра обязана дать телефонограмму родственникам и сделать соответствующую запись в «Журнале телефонограмм»:

- больной доставлен в больницу по поводу внезапного заболевания, которое возникло у него вне дома;
- больной умер в приёмном отделении.

Правильная биомеханика тела пациента и медсестры.

В условиях стационара медсестре часто приходится осуществлять уход за пациентами с нарушением удовлетворения потребности «двигаться». Такие пациенты особенно нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как они не могут самостоятельно удовлетворить большинство своих потребностей. Потребность двигаться может быть нарушена в результате болезни. В некоторых ситуациях пациенту запрещают или ограничивают двигательную активность врач, который стремится предотвратить возможное ухудшение состояния больного человека в связи с чрезмерной для него физической нагрузкой. Чтобы уменьшить отрицательное влияние на пациента ограниченного режима двигательной активности, а также снизить риск возможных травм у медсестры, которая осуществляет уход за таким пациентом, ей необходимо знать и соблюдать целый ряд правил. Многие из этих правил основаны на законах биомеханики.

1. Биомеханика — наука, изучающая законы механического движения в живых системах. В самом широком смысле к живым системам относят: целостные системы, например, человек;

—

—

органы и ткани человека; объединения организмов, то есть совершающая совместные действия группа людей.

Все движения человека осуществляются в полном соответствии с законами физики, но биомеханика намного сложнее, чем механика неживых тел. Движения человека обеспечиваются совместной работой скелета, мышц, вестибулярного аппарата и нервной системы.

Биомеханика в медицине изучает координацию усилий костно-мышечной системы, нервной системы и вестибулярного аппарата, направленных на поддержку равновесия и обеспечение наиболее физиологичного положения тела в покое и при движении: ходьбе, подъемах тяжести, наклонах, в положении сидя, стоя, лежа, а также при выполнении повседневных жизненных функций.

Медицинская сестра должна быть знакома с правилами биомеханики тела, уметь применять их в своей работе и обучить пациента пользоваться ими для наиболее эффективного удовлетворения потребностей «двигаться» и «избегать опасности».

Сохранить вертикальное положение тела в пространстве человек может, только сохранив равновесие.

Медсестра, осуществляя уход за тяжелобольными пациентами, должна уметь сохранить равновесие собственного тела и тела пациента, чтобы избежать падений и травм, а также уберечь позвоночник от неправильной или чрезмерной нагрузки.

Одно из важных условий, обеспечивающих устойчивое равновесие тела — определенное отношение центра тяжести к площади опоры.

Площадь опоры человека в положении «стоя» ограничена ступнями его ног. Центр тяжести в таком положении находится примерно на уровне второго крестцового позвонка. Если центр тяжести твердого тела фиксированная точка, то у человека центр тяжести смещается при изменениях позы и может в некоторых случаях выйти за пределы площади опоры, что может привести к падению.

2. Правила биомеханики при работе

Правило первое: устойчивое равновесие тела возможно только тогда, когда центр тяжести при любом изменении положения тела будет проецироваться на площадь опоры.

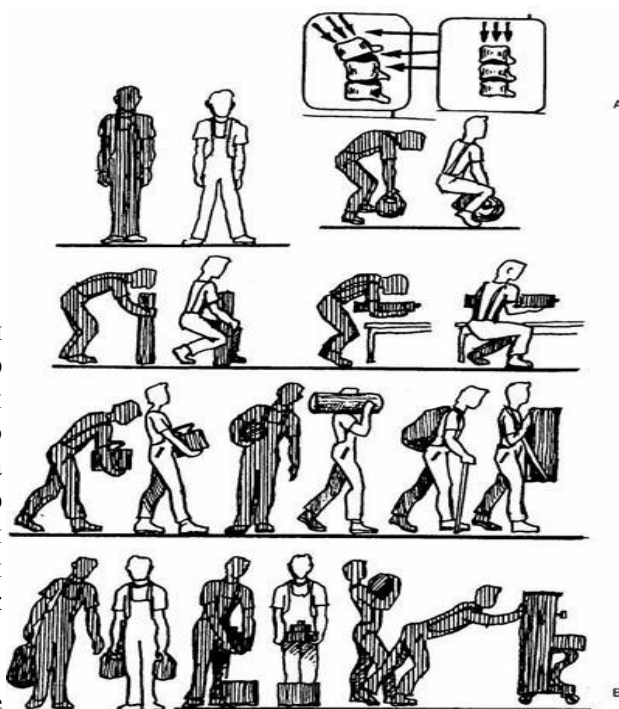
Правило второе: равновесие станет более устойчивым, если увеличить площадь опоры. В положении стоя этого легко достичь разведением стоп в удобном положении: расстояние между стопами около 30 см, одна стопа не много выдвинута вперед.

Правило третье: равновесие более устойчиво, когда центр тяжести смещается ближе к площади опоры. Это достигается небольшим сгибанием ног в коленях, то есть приседанием. Не наклоняйтесь вперед! Встаньте как можно ближе к человеку или грузу, который вам предстоит поднять.

Правило четвертое: сохранить равновесие тела и снизить нагрузку на позвоночник поможет правильная осанка, то есть наиболее физиологичные изгибы позвоночного столба, положение плечевого пояса и состояние суставов нижних конечностей:

- 1) плечи и бедра в одной плоскости;
- 2) спина прямая;
- 3) суставы и мышцы нижних конечностей выполняют максимальную работу при движении, щадя позвоночник и мышцы спины.

Правило пятое: поворот всего тела, а не только плечевого пояса, предотвратит опасность нефизиологического смещения позвонков, особенно в случаях, когда это движение сопровождается подъемом тяжести. Избегайте резких движений!



Правило шестое: требуется меньшая мышечная работа и нагрузка на позвоночник, если подъем тяжести заменить перекачиванием, поворотом ее там, где это возможно. Кроме выполнения перечисленных правил биомеханики, необходимо также избегать натуживаний на высоте вдоха. В этот момент у человека возможны тяжелые нарушения в сердечнососудистой системе: расстройство ритма работы сердца, ухудшение кровоснабжения сердечной мышцы (**эффект ВАЛЬСАЛЬВЫ**) При этом появляется шум в ушах, головокружение, слабость, возможна даже потеря сознания. Похожее состояние бывает у некоторых пациентов и при быстром изменении положения тела (**постуральный рефлекс**).

Правила перемещения пациента с помощью медсестры:

- 1) убедиться в наличии необходимого инвентаря;
- 2) вымыть руки, надеть перчатки;
- 3) объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, обсудить с ним план совместных действий, если необходимо, воспользоваться помощью коллег;
- 4) опустить изголовье кровати в горизонтальное положение, отрегулировать⁷⁴ необходимую высоту: когда лежащий пациент находится на уровне середины бедра медсестры, ей придется затратить меньше силы на выполнение манипуляции;
- 5) убрать одеяло, переложить подушку в изголовье кровати (это предотвратит вероятность удара пациента головой о спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции);
- 6) уложить пациента на спину;
- 7) пользуясь правилами биомеханики, переместить пациента в необходимое положение.

Правила биомеханики

В положении стоя:

1. Равновесие более устойчиво, если увеличить площадь опоры. В положении стоя расстояние между стопами должно быть 30 см, одну стопу необходимо немного выдвинуть вперед.
2. Более устойчивым равновесие будет при смещении центра тяжести ближе к площади опоры. Это достигается небольшим сгибанием ног в коленях.
3. Сохранить равновесие тела и снизить нагрузку на позвоночник поможет правильная осанка – изгибы позвоночника, положение плечевого пояса, состояние суставов нижних конечностей: плечи и бедра в одной плоскости;
 - спина прямая;
 - суставы и мышцы нижних конечностей выполняют максимальную работу при движении, щадя позвоночник.
- 4) Поворачиваться всем телом, что предотвратит опасность нефизиологичного смещения позвоночника.

•В положении сидя:

1. Колени должны быть чуть выше бедер, что позволит перераспределить массу тела и уменьшит нагрузку на поясничный отдел позвоночника.
2. Спина должна быть прямой, а мышцы живота напряженными.
3. Плечи должны располагаться симметрично бедрам.
4. Поворачиваться, находясь в положении сидя, следует всем корпусом.
5. Выполняя правила биомеханики необходимо помнить. Что резкое изменение положения тела в пространстве может вызвать неадекватные физиологические реакции в организме:
 - постуральный рефлекс – появление головокружения, шума в ушах, сердцебиения, иногда потеря сознания при перемене положения тела;
 - эффект Вальсальвы – нарушение сердечного ритма и коронарного кровотока в результате натуживания на высоте вдоха.
 - травма в результате падения.
 - Сестринский персонал подвергается значительным физическим нагрузкам при уходе за тяжелобольными пациентами - перемещая их в постели, подкладывая судно, передвигая каталки и тяжелую аппаратуру. Безопасность на рабочем месте должна обеспечить профилактику повреждений опорно-двигательного аппарата (остеопороз, остеохондроз, заболевания связок и суставов), а также опущение внутренних органов.

3. Эргономика. Медицинская эргономика

Термин «эргономика» был принят в Англии в 1949 г. Произошел он от сочетания двух греческих слов: «эргон» — работа, «номос» — закон. В буквальном переводе он означает:

закономерности функционирования человека во время работы.

Эргономика — это отрасль науки, изучающая трудовые процессы с целью оптимизации орудий, условий труда, повышения эффективности трудовой деятельности человека и сохранения его здоровья.

Медицинская эргономика — прикладная дисциплина, один из разделов профессиональной эргономики, изучающий особенности трудовых процессов в медицине. Занимается разработкой:

- 1) наиболее оптимальных алгоритмов движения в ходе выполнения медицинских манипуляций;
- 2) орудий труда, облегчающих труд медицинских работников;
- 3) оптимальных условий труда на рабочем месте.

Целью медицинской эргономики как науки является повышение эффективности труда медицинских работников и сохранение их здоровья. Она сформировалась на базе таких дисциплин, как анатомия, физиология, психология.

4. Факторы, способствующие травматизации:

- 1) особенности контингента больных (неврологические, травматологические, реанимационные отделения и др.);
- 2) медицинская аппаратура;
- 3) неудобная поза при работе;
- 4) манипуляции, выполняемые в амбулаторных условиях;
- 5) ночные дежурства (физическое переутомление);
- 6) повышенное психоэмоциональное напряжение.

Причины образования и обострения остеохондроза

Остеохондроз (от др.-греч. ὀστέον — кость и χόνδρος — хрящ) — комплекс дистрофических (деградация, разрушение межпозвоночных дисков) нарушений в суставных хрящах. Может развиваться практически в любом суставе, но чаще всего поражаются межпозвоночные диски. Амортизационная способность позвоночника зависит от состояния студенистого ядра диска, находящегося под постоянным давлением.

Систематические вертикальные нагрузки на позвоночник ведут к более быстрому «изнашиванию» межпозвоночных дисков, потере эластичности пульпозного ядра.

При запредельной нагрузке внешняя оболочка диска растрескивается, в результате образуются грыжевые выпячивания. Грыжа может сдавливать спинной мозг, корешки спинномозговых нервов или кровеносные сосуды.

Разрушение межпозвоночных дисков ведет к смещению позвонков относительно друг друга, нестабильности, неустойчивости позвоночника. Развитию и обострению остеохондроза позвоночника способствуют его макро- и микротравмы, статические и динамические перегрузки, а также вибрация. Это может быть вызвано работой, связанной с частыми изменениями положения туловища — сгибаниями и разгибаниями, поворотами, рывковыми движениями, поднятием больших грузов, неправильной позой в положении стоя, сидя, лежа и при переноске тяжестей.

5. Факторы риска травматизации позвоночника у медицинской сестры

- 1) Недееспособность пациентов — ослабленные, травмированные, находящиеся на строгом постельном режиме больные, пациенты старше 75 лет.
- 2) Непосильный для медицинской сестры вес пациента или груза — тучные (более 100 кг) пациенты и большой груз (более 160 кг).
- 3) Неправильная поза во время подъема или перемещения — неустойчивое положение медицинской сестры, наклоны вперед во время подъема или перемещения, разворот тела во время подъема.
- 4) Плохая эргономика — неудачно выбранная технология, быстрое перемещение груза или пациента, отсутствие специального оснащения, недостаток знаний и умений по перемещению, неподготовленная внешняя среда.
- 5) Плохое физическое и психическое здоровье медицинской сестры — ранняя дегенерация суставов, ограниченная подвижность из-за ожирения, ослабление нетренированных мышц, эмоциональная неустойчивость, депрессивные состояния.

6. Принципы профилактики остеохондроза

Самое эффективное и общедоступное средство профилактики заболеваний позвоночника — обычная физкультура. Важнейшим фактором профилактики остеохондроза

является формирование собственного мышечного корсета.

— Кроме формирования мышечного корсета, важную роль в профилактике остеохондроза играет восстановление нормального кровоснабжения страдающих от заболевания отделов позвоночника. Для этого проводятся курсы тонизирующего массажа мышц шеи, воротниковой зоны, некоторых зон спины и поясницы.

— Немаловажную роль в профилактике заболеваний позвоночника играет и правильная организация рабочего места, исключающая избыточные статические нагрузки на все отделы позвоночника.

— Необходимо избегать резких движений туловищем (поворотов, наклонов, разгибаний, рывков).

Следует соблюдать принципы рационального питания. Необходимо бороться с избыточным весом.

Воздерживаться от поднятия пациентов вручную.

Пользоваться вспомогательными средствами или подъемными устройствами.

7. Профилактика болей в спине

Необходимыми требованиями, способными предупредить или ослабить болезненные проявления, являются следующие:

- 1) Научиться уменьшать нагрузку на позвоночник в повседневной жизни и на работе, соблюдать гигиену поз и движений.
- 2) Обязательно заниматься лечебной физкультурой, постепенно укреплять мышцы спины и брюшного пресса.
- 3) Исключить интоксикации, снижающие защитные силы организма: никотин, спиртное и др.
- 4) Не переедать, не толстеть, не увеличивать нагрузку на позвоночник.
- 5) Еженедельная баня — естественный способ очищения организма, улучшения обмена веществ и функции позвоночника.
- 6) Ежегодно проводить 7-дневный профилактический курс самомассажа спины, груди, поясницы.

8. Организация рабочего места

При организации рабочих мест необходимо учитывать то, что конструкция рабочего места, его размеры и взаимное расположение его элементов должны соответствовать:

- 1) антропометрическим, физиологическим, психофизиологическим данным человека;
- 2) характеру человека.

При выборе положения работающего необходимо учитывать:

- 1) физическую тяжесть работ;
- 2) размеры рабочей зоны и необходимость передвижения в ней работающего в процессе выполнения работ;
- 3) технологические особенности процесса выполнения работ;
- 4) статические нагрузки рабочей позы;
- 5) время пребывания.

9. Правила при перемещении пациента

Выполняя любое перемещение, медсестре следует: убедиться в

наличии необходимого инвентаря; вымыть руки, надеть перчатки;

объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, обсудить с ним план совместных действий. Если необходимо, воспользоваться помощью коллег;

опустить изголовье кровати в горизонтальное положение, отрегулировать необходимую высоту: когда лежащий пациент находится на уровне середины бедра медсестры, ей придется затратить меньше силы на выполнение манипуляции;

убрать одеяло, переложить подушку в изголовье кровати (это предотвратит вероятность удара пациента головой о спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции);

уложить пациента на спину;

пользуясь правилами биомеханики, переместить пациента в необходимое положение.

Возможные проблемы обездвиженного пациента:

риск развития пролежней;

— риск дыхательных нарушений (нарушение дренажной функции бронхов и застойных явлений в легких);

— риск нарушения мочевыделения (образования камней в почках и инфицирование мочевых путей);

риск запоров;

риск снижения аппетита;

— риск изменений в опорно-двигательном аппарате (контрактур суставов и гипотрофии мышц);

риск травмы в результате падения; риск нарушения сна;

риск дефицита личной гигиены; риск дефицита общения.

Постепенное расширение постельного режима позволит пациенту более полноценно удовлетворять свою потребность двигаться.

Устройство современной функциональной кровати поможет ему в этом: поручни, трапедии для рук позволят самостоятельно переворачиваться, подтягиваться и присаживаться в постели.

Безопасность пациента — правильное размещение в постели, перемещение и транспортировка.

Опасность травматизма для пациента

Факторы риска:	Профилактика падения:
возраст (старше 65 лет);	функциональная кровать с боковыми заграждениями и тормозом; средства связи с медсестрой; ночное освещение; своевременность выполнения гигиенических процедур; помощь при перемещении
нарушения зрения; расстройство походки;	
— дезориентирование, спутанность сознания;	
— медикаментозное лечение (транквилизаторы, седативные, снотворные препараты)	
—	
=	

Функциональная кровать необходима для создания комфортного, при необходимости вынужденного положения, удобства перемещения и передвижения пациента. Необходимое или вынужденное положение в постели обеспечивает наличие двух или трех подвижных секций, ручек в головном и ножном концах кровати. Мобильность транспортировки обеспечивают бесшумные колесики, безопасность — ручка тормоза и боковые поручни кровати. Некоторые модели кроватей имеют специально вмонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, подставки для суден и мочеприемников. Дополнительные функции в модели кровати позволяют облегчить состояние пациента и уход за ним.



Знание биомеханики тела позволит предотвратить травму.

Сидеть, стоять и поднимать тяжести можно с соблюдением определенных правил.

Итак, правильная биомеханика в положении сидя заключается в следующем:

- 1) колени должны быть чуть выше бедер (это позволит перераспределить массу тела и уменьшить нагрузку на поясничный отдел позвоночника);
- 2) спина должна быть прямой, а мышцы живота — напряженными;
- 3) плечи должны быть расправлены и расположены симметрично бедрам.

ЗАПОМНИТЕ!

Для того чтобы повернуться, находясь в положении сидя, повернитесь всем корпусом, а не только грудью или плечами.

Если по роду деятельности сестры ей приходится часто поворачиваться в стороны, сидя на стуле, лучше, чтобы этот стул был вертящимся и на колесах. Кроме того, следует правильно подо-

брать стул. Для этого сядьте на стул и обопритесь на его спинку. Высота стула и его глубина подобраны правильно, если:

- 2/3 длины ваших бедер находятся на сиденье;
- стопы без напряжения касаются пола.

Если размер стула не подходит, следует использовать различные приспособления (подушки, подставки для ног), для того чтобы биомеханика тела была правильной.

Правильная биомеханика тела в положении стоя заключается в следующем:

1. колени должны быть расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
2. масса тела должна быть распределена равномерно на обе ноги;
3. ступни должны быть расставлены на ширину плеч;
4. для того чтобы снизить нагрузку на поясничный отдел позвоночника, встаньте прямо и напрягите мышцы живота и ягодиц; голову при этом следует держать прямо, чтобы подбородок находился в горизонтальной плоскости;
5. расположите плечи в одной плоскости с бедрами.

ЗАПОМНИТЕ!

Для того чтобы повернуться, находясь в положении стоя, вначале поверните ступни так, чтобы за ними следовал корпус тела. Не начинайте поворот с поясницы!

Правильная биомеханика при поднятии тяжестей заключается в следующем:

1. перед поднятием тяжестей расположите стопы на расстоянии 30 см друг от друга, выдвинув одну стопу слегка вперед (этим достигается хорошая опора и уменьшается опасность потеря равновесия и падения);
2. встаньте рядом с человеком, которого вам нужно будет поднимать, так, чтобы вам не нужно было наклоняться вперед
3. прижимайте поднимаемого человека к себе в процессе подъема;
4. сгибайте только колени, поднимая человека, сохраняя туловище в вертикальном положении;
5. не делайте резких движений.

ЗАПОМНИТЕ!

Для того чтобы повернуться, сначала поднимите груз, а затем, опираясь на стопы, плавно поворачивайтесь, не сгибая туловища, до тех пор, пока груз находится у вас на руках.

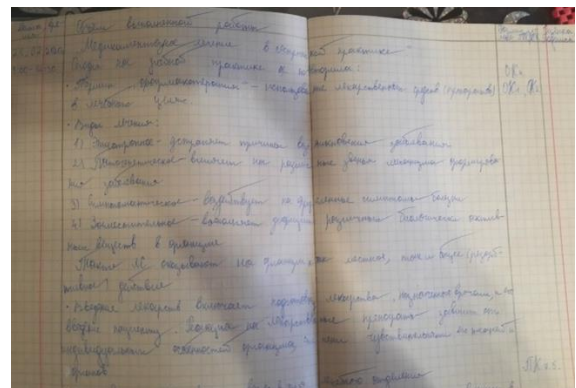
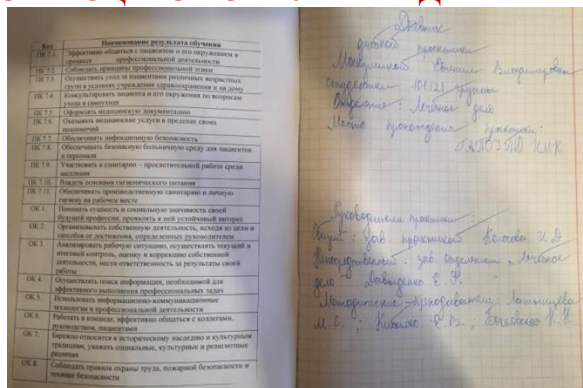
Используя правильную биомеханику тела, сестра обеспечивает себе безопасность, а стало быть, сохраняет свое здоровье.

Сестра, как и весь персонал лечебного учреждения, несет ответственность за безопасность пациента. В процессе ухода сестра должна помочь соблюдать и сохранять правильную биомеханику тела, оказывая помощь пациенту, неправильно сидящему в кресле, неудобно лежащему в постели, а также когда он, находясь в положении стоя, подвергается опасности падения.

**1. Задание оформить дневник учебной практики в отдельной тетради
Расчертить тетрадь на колонки
Пример:**

Дата	Тема	Формируемые ПК, ОК	Оценка преподавателя
17.04.2020	<p>Обеспечение лечебно-охранительного режима в ЛПО</p> <p>На учебной практике сегодня мы повторили основные термины и понятия.</p> <p>Лечебно-охранительный режим – это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического комфорта пациентов и медперсонала.....</p> <p>Затем изучить алгоритмы и написать, что отработали на практике следующие манипуляции (перечислить их все). Потом написать алгоритм одной манипуляции от своего имени «Идентифицировал пациента, предложил, постелил, обработал руки и т.д.)</p>	<p>ОК 1,2, 4</p> <p>ПК 7.1, 7.3, 7.8 и т.д.</p>	

ОБРАЗЦЫ ОФОРМЛЕНИЯ ДНЕВНИКА



Задания для самостоятельной работы

1. Подготовить презентацию на тему «Лечебно-охранительный режим в ЛПО. Биомеханика», отправить на проверку.

Просмотреть видеосюжеты по ссылке для ознакомления и отработки умений в домашних условиях https://youtu.be/-HPY_Qpzolo

<https://youtu.be/85NxThKQXHQ>

<https://youtu.be/yvzWhZsU3hE>

<https://youtu.be/nr2ThDSzHhI>

<https://youtu.be/4Hr-82gSvic>

<https://yandex.ru/video/preview?filmId=3912357382772645009&text=%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B0%20&path=wizard&parent-reqid=1587039333367660-1514239889163352646500158-production-app-host-vla-web-yp-288&redircnt=1587039360.1>

АЛГОРИТМЫ ПО ОТРАБОТКЕ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ
(в домашних условиях можно отрабатывать алгоритмы перемещения и обучения пациентов!)

ПОВОРАЧИВАНИЕ ПАЦИЕНТА И РАЗМЕЩЕНИЕ ЕГО В ПОЛОЖЕНИЕ НА ПРАВОМ БОКУ
(ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОДНОЙ МЕДСЕСТРОЙ; ПАЦИЕНТ МОЖЕТ ПОМОЧЬ)

Цель: придать пациенту физиологическое положение.

Показания: смена белья; предварительный этап для другого перемещения; риск развития пролежней.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре:	
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход процедуры. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала.
3. Подготовить необходимое оснащение.	Обеспечение эффективного проведения процедуры.
4. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции.	Обеспечение эффективного проведения процедуры.
II. Выполнение процедуры	
5. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.
6. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой позы пациента.
7. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.	Обеспечение достаточное место для переворачивания пациента набок.
8. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если скрестит руки на груди и положит левую ногу, согнутую в колене, под правую. Если он сам не может этого сделать, медсестре следует помочь ему. Для этого необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.	Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на персонал.
9. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.	Обеспечение безопасности пациента.
10. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор (вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется).	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента.
11. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую – на его левое бедро и повернуть пациента набок, перенося свой вес на ногу, стоящую на полу.	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.
12. Подложить подушку под голову и шею пациента.	Обеспечение выпрямленного положения тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи. Снижение напряжения грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Обеспечение нормального кровоснабжения головного мозга.

14. Выдвинуть вперед правое плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.	Предотвращение непосредственного воздействия массы тела на плечевой сустав.
15. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).	Обеспечение поддержки пациента в положении лежа на боку.
16. Поместить подушку под полусогнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней (от паховой области до стопы включительно).	Предотвращение переразгибания ноги в тазобедренном суставе. Обеспечение надлежащей выпрямленности ноги. Устранение давления на костные выступы.
17. Поместить мешок с песком (упор) у подошвы «нижней» ноги.	Обеспечение тыльного сгибания стопы. Профилактика отвислости стопы.
18. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.	Обеспечение безопасности пациента.
III. Завершение процедуры: 19. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки и /или обработать их антисептиком.	Обеспечение инфекционной безопасности.
20. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

**РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА
(ПАЦИЕНТ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ЛИШЬ ЧАСТИЧНО ИЛИ НЕ МОЖЕТ ПОМОЧЬ
ВООБЩЕ, ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЛИ ДВУМЯ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ)**

Цель: придать пациенту физиологическое положение.

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежня.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, половинка резинового мячика.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход процедуры. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.	Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить цель и ход процедуры.	Обеспечение психологической подготовки пациента к процедуре.
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.	Соблюдение прав пациента.
4. Подготовить оснащение.	Обеспечение эффективности процедуры.
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.	Профилактика ИСМП.
II. Выполнение процедуры: 6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.
7. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой позы пациента.
8. Сообщить пациенту, чтобы он скрестил руки на груди. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.	Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента набок.

9. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если положит левую ногу под правую. Если он сам не может этого сделать, медсестре следует помочь ему. Для этого сестре необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.	Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на медсестру.
10. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.	Обеспечение безопасности пациента.
11. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента.
12. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку – на его левое бедро и переместить пациента в положение «лежа на боку» и частично на животе (на матрасе – лишь часть живота пациента).	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.
13. Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента.	Обеспечение выпрямления тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи.
14. Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика.	Предотвращение внутреннего вращения плеча. Поддержание необходимой позы.
15. Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.	Предотвращение внутреннего вращения бедра и размещения "верхней" ноги на "нижней". Предупреждение переразгибания ноги. Уменьшение давления матраса на колено и лодыжку.
16. Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90°.	Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предотвращение отвислости стопы. Обеспечение профилактики пролежней.
17. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.	Обеспечение безопасности пациента.
III. Окончание процедуры: 18. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Обработать руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИИ ФАУЛера (выполняется одной медсестрой)

Цель: придать пациенту физиологическое положение.

Показания: кормление (прием пищи самостоятельно); выполнение процедур, требующих этого положения; риск развития пролежней и контрактур.

Оснащение: набор подушек, валики, упор для стоп, половинки резинового мячика (2 шт.), 2 салфетки.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре: 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.	Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить цель и ход процедуры.	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.	Соблюдение прав пациента.
4. Подготовить оснащение.	Обеспечение эффективности процедуры.
5. Вымыть руки и/или обработать их антисептиком. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.	Профилактика ИСМП.
II. Выполнение процедуры: 6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.
7. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность.
8. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати. Убрать подушки.	Расположение пациента в позицию, удобную для перемещения.
9. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки).	Обеспечение комфортного состояния пациента. Улучшение вентиляции легких. Обеспечение расслабления пациента.
10. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).	Снижение вероятности «заваливания» пациента на парализованную сторону тела. Улучшение вентиляции легких, работы сердца, снижение внутричерепного давления. Обеспечение комфортного приема пищи и жидкости. Профилактика аспирации пищи и жидкости, рвотных масс. Профилактика напряжения мышц шеи.
11. Слегка приподнять вверх подбородок пациента.	Снижение нагрузки на шейный отдел позвоночника.
12. Отодвинуть верхние конечности пациента от его туловища и подложить под локти и кисти небольшие подушки.	Предупреждение сгибательной контрактуры мышц верхней конечности и перерастяжения капсулы плечевого сустава.
13. Положить кисти на половинки резиновых мячиков, покрытых салфетками.	Сохранение функционального положения кистей. Предупреждение контрактуры суставов кистей.
14. Подложить пациенту тонкую подушку под поясницу.	Снижение нагрузки на поясничный отдел позвоночника.
15. Согнуть пациенту ноги в коленном и тазобедренном суставах, подложив под нижнюю треть бедра подушку или сложенное одеяло.	Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов и сдавливания подколенной артерии.
16. Подложить пациенту валик под нижнюю треть голени таким образом, чтобы пятки не касались матраса.	Профилактика пролежней в области пяток.
17. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.	Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы. Сохранение тонуса мышц.
18. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.	Обеспечение безопасности пациента.
III. Окончание процедуры: 19. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Обработать руки.	Профилактика ВБИ.
20. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ (ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ)

Цель: придать пациенту физиологическое положение.

Показания: вынужденное или пассивное положение; риск развития пролежней; гигиенические процедуры в постели.

Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для стоп, две простыни, скатанные в рулон,

полотенце.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре: 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.	Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить цель и ход процедуры.	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.	Соблюдение прав пациента.
4. Подготовить оснащение.	Обеспечение эффективности процедуры.
5. Вымыть руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
II. Выполнение процедуры: 6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.
7. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность.
8. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав кровати горизонтальное положение. Снять одеяло. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.	Обеспечение правильного положения пациента.
9. Придать пациенту правильное положение: а) положить подушку под голову (или поправить оставшуюся); б) расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; в) расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.	Обеспечение комфортного положения пациента.
10. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.	Обеспечение правильного распределения нагрузки на верхнюю часть тела. Предупреждение напряжение мышц шеи.
11. Подложить под предплечья небольшие подушки.	Облегчение оттока крови. Предупреждение отека кисти.
12. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце, без складок.	Предупреждение переразгибания поясничного отдела позвоночника.
13. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.	Предотвращение поворота бедра наружу.
14. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.	Предотвращение длительного давления матраца на пятки и образования пролежней.
15. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°.	Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы.
16. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню, накрыть одеялом. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.	Обеспечение безопасности пациента.
III. Окончание процедуры: 17. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток, если они использовались. Обработать руки гигиеническим способом.	Обеспечение инфекционной безопасности.
18. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПЕРЕСАЖИВАНИЮ С КРОВАТИ В КРЕСЛО-КАТАЛКУ И ОБРАТНО

Цель: пациент пересаживается с кровати в кресло-каталку.

Условие: у пациента нет противопоказаний для выполнения процедуры.

Исходное положение пациента: сидит в кровати, свесив ноги.

Этап	Обоснование
1. Подготовка к перемещению 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, <i>если медсестра видит пациента впервые</i> . Убедиться, что пациент способен понять и усвоить информацию.	Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить пациенту необходимость в освоении технологии перемещения. Получить согласие пациента.	Обеспечение психологической подготовки к предстоящему перемещению. Обеспечение прав пациента.
3. Подготовить кресло-каталку (убрать подставку для ног) и установить его под углом 45°-60° к кровати, сидением вперед, поставить на тормоз.	Обеспечение безопасности пациента и медицинской сестры.
4. Опустить кровать так, чтобы ступни пациента касались пола.	Необходимые условия перемещения. Стимулирование активности пациента.
5. Объяснить пациенту последовательность его действий при перемещении. Убедиться, что пациент усвоил информацию.	
II. Выполнение	
6. Занять эргономичную позу, быть готовым в любой момент помочь пациенту 7. Предложить пациенту и проследить за выполнением: - опереться ближней к креслу рукой о дальний подлокотник; - опереться дальней рукой о край кровати сбоку туловища или бедро, или колено дальней ноги; - приподнять туловище, опираясь руками и ногами; - повернуть таз в сторону кресла и сесть на его сидение; - устроиться удобно, помогая себе руками.	Обеспечение технологии перемещения и безопасности пациента.
III. Окончание	
8. Установить подставку для ног.	Обеспечение комфорта пациента
9. Снять кресло-каталку с тормоза.	Обеспечение передвижения.
Примечание: Перемещение пациента из кресла-каталки на кровать осуществляется в обратном порядке.	

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПОВОРОТУ НА БОК

Цель: пациент повернется на бок в кровати и займет удобное положение.

Условия выполнения: 1. пациент может помочь себе руками;

2. у пациента нет противопоказаний для положения на боку.

Исходное положение: пациент лежит на спине

Этапы	Обоснования
1. Подготовка к обучению: 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, <i>если медсестра видит пациента впервые</i> . Убедиться, что пациент способен понять и усвоить информацию.	Установление контакта с пациентом.
2. Убедить в необходимости самостоятельного перемещения.	Обеспечение психологической подготовки к предстоящему перемещению.
3. Получить согласие пациента.	Обеспечение прав пациента.
4. Придать пациенту эргономичную позу (убрать подушку).	Обеспечение безопасности перемещения.

5. Объяснить пациенту последовательность его действий.	Условие выполнения самостоятельного перемещени
II. Выполнение	
6. Занять эргономичную позу у кровати, быть готовым в любой момент помочь пациенту;	Обеспечение безопасности и доступа к пациенту.
7. Предложить пациенту: - отвести плечо в сторону поворота; - согнуть (<i>на стороне поворота</i>) руку в локтевом суставе; - расположить ее на кровати ладонью вверх (кисть на уровне головы); - согнуть слегка ноги в коленях и опереться ступнями о кровать; - выполнить поворот на бок, отталкиваясь ступнями и опираясь согнутой рукой на кровать. Страховать себя другой рукой.	Условия самостоятельного перемещения. Обеспечение технологии поворота. Обеспечение безопасности пациента.
III. Окончание	
8. Подложить подушку. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, убедиться, что он чувствует себя комфортно.	Обеспечение комфорта и безопасности пациента

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ВСТАВАНИЮ ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ

Цель: пациент самостоятельно доберется до опоры, кровати, стула и пр., с помощью которой сможет встать.

Условия выполнения: пациент в сознании, адекватен, у него нет противопоказаний для самостоятельного передвижения.

Исходное положение пациента: лежит на полу, на спине.

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к перемещению	
1. Убедиться, что пациент вас понимает, и может встать и перемещаться самостоятельно.	Установление контакта с пациентом.
2. Получить согласие на перемещение.	Обеспечение прав пациента
3. Занять эргономичную позу. <i>Быть готовым в любой момент оказать помощь пациенту!</i>	Обеспечение безопасности сестры и пациента.
4. Объяснить пациенту правила подъема.	Право пациента на информацию. Стимулирование активности пациента.
II. Выполнение:	
5. Предложить пациенту: – повернуться на любой бок и объяснить, как это сделать (см. алгоритм выше) и далее: - повернуться на живот; - встать на «четвереньки»; - двигаться в таком положении до опоры: стула, кровати, окна и пр. - опереться руками об опору; - поставить на пол стопу одной из ног; - оттолкнуться ногой и руками об опору и встать.	См. выше алгоритм самостоятельного поворота на бок и живот. Обеспечение надежной устойчивости пациента
III. Окончание	
6. Убедиться, что пациент стоит устойчиво.	Обеспечение безопасности пациента.
7. Сопровождать до палаты, контролируя самочувствие пациента.	

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОМОЩЬЮ МАТРАЦА-СЛАЙДЕРА

Цель: облегчение для медперсонала и обеспечение комфорта и безопасности пациентов при перемещении.

Показания: Перемещение лежачих пациентов с кровати на каталку, операционный стол, перевязочный стол и наоборот.

Описание приспособления: матрац-слайдер представляет собой фанерный щит, покрытый синтетической тканью, при необходимости может складываться вдвое в вертикальном направлении, снабжен ручками для переноса. Размер 170см x 50 см, вес: 4,5 кг. Сверху щит покрыт непромокаемым рукавом, который легко скользит в горизонтальном направлении. Матрац выдерживает нагрузку до 200 кг.

Примечание: Поверхность, на которой лежит больной, должна быть ровной и жесткой. Перепад высот между каталкой и поверхностью может составлять 15 см. Перед перемещением пациента, каталка должна быть плотно придвинута к больничной кровати (операционному столу) и зафиксирована.

Исходное положение пациента: лежит на кровати, помочь не может.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Оценить состояние и объяснить пациенту ход процедуры и получить его согласие, если он в сознании и адекватен.	Установление контакта с пациентом. Соблюдение прав пациента на информацию.
2. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечение безопасности пациента и медсестры.
3. Закрепить тормоза кровати, опустить боковые поручни с обеих сторон;	
4. Поставить каталку вдоль кровати. Привести (по возможности) высоту кровати на один уровень с каталкой.	
5. Поставить каталку на тормоз.	
II. Выполнение процедуры	
6. Развернуть слайдер и поместить его край на 1/3 ширины под пациента со стороны каталки; - взяться за руку и ногу пациента со стороны слайдера; - потянуть пациента на слайдер и далее на перемещаемую поверхность, воспользовавшись методом толчка и тяги; - вытянуть слайдер из-под пациента после перемещения. 7. Придать пациенту удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя нормально. 8. Обеспечить транспортировку пациента на каталке в пункт назначения.	Условия использования. Обеспечение безопасности пациента и технологии перемещения. Благодаря скользящей поверхности слайдера пациент осторожно перемещается с одной поверхности на другую.
III. Окончание процедуры	
9. Прозеинфицировать матрац-слайдер. 10. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.

ЗАДАНИЕ ИТОГОВЫЙ ТЕСТ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНО ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА В ЛПО

I. Теоретические вопросы:

1. Лечебно-охранительный режим (определение, компоненты, цели).
2. Перечислите методы снижения риска травм и падений у пациентов.

II. Тестирование:

1. Лечебно-охранительный режим включает:
 - а) три компонента
 - б) пять компонентов
 - в) четыре компонента
2. Безопасная больничная среда создается организацией и проведением мероприятий:
 - а) мероприятия, обеспечивающие личную гигиену пациента и медперсонала
 - б) лечебно -охранительный режим
 - в) _____
3. Лечебно-охранительный режим направлен на обеспечение максимального психического и _____ комфорта больного.
4. Вновь поступивших в отделение палатная медсестра знакомит с _____
5. Высокими факторами риска падения пациентов являются:
 - 1) возраст старше 65 лет
 - 2) побочные эффекты лекарственной терапии
 - 3) _____
 - 4) психологические проблемы
 - 5) случаи падения в прошлом
6. Дегенеративно-деструктивное изменение межпозвоночного диска называется
 - а) дегенерация
 - б) остеохондроз
 - в) сенсбилизация
 - г) постуральный рефлекс
7. Нервное истощение характеризуется:
 - а) физическое истощение
 - б) эмоциональное перенапряжение
 - в) _____
8. Под влиянием анестезирующих газов возможны заболевания:
 - а) рак
 - б) заболевания печени
 - в) заболевания нервной системы
 - г) все вышеперечисленные
9. Режим инфекционной безопасности включает:
 - а) пять элементов
 - б) два элемента
 - в) три элемента
 - г) четыре элемента
10. Безопасная больничная среда включает _____ компонента.
11. Пациенту на постельном режиме разрешается:
 - а) только поворачиваться в постели
 - б) сидеть на кровати, свесив ноги
 - в) сидеть на стуле возле кровати
 - г) свободно ходить по коридору, посещать туалет
12. Наука, изучающая законы механического движения в живых системах, называется _____.
13. Устойчивое положение «стоя» возможно, когда расстояние между стопами:
 - а) 2-3 см
 - б) 10 см
 - в) 30 см
 - г) 60 см
14. Причины повреждения мягких тканей у обездвиженного пациента: длительное сдавление, разрыв в результате смещения и _____.
15. Положением Фаулера называется:
 - а) положение «на животе»

- б) положение «на боку»
 - в) промежуточное между положением «лежа на боку» и «лежа на животе»
 - г) положение «на спине» с приподнятым под углом 45° изголовьем кровати.
16. Для предупреждения провисания стопы опора ставится под углом _____ градусов.
17. Эффект Вальсавы развивается:
- а) при резком изменении положения тела пациента
 - б) при глубоком выдохе
 - в) при натуживании на высоте вдоха
 - г) при длительном сдавлении мягких тканей у обездвиженного
18. Целями назначения постельного режима являются:
1. Уменьшить боль
 2. Ограничить физическую активность пациента
 3. _____
19. Обездвиженного пациента переключают в различные положения в постели каждые _____ часа.
20. Промежуточное положение пациента между положением «лежа на боку» и «лежа на животе» называется:
- а) положением Фаулера
 - б) положением Симса
 - в) положением «на животе»
 - г) положением «на спине»