

***Н.В. ПАСЕЧКО
М.О. ЛЕМКЕ
П.Є. МАЗУР***

ОСНОВИ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ

*Допущено Головним управлінням освіти, науки та
інформаційно-аналітичного забезпечення МОЗ України як
підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів
I-II рівнів акредитації*

Тернопіль
"Укрмедкнига"
2002

Розділ I. ВСТУП ДО ПРЕДМЕТА "ОСНОВИ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ"

1.1. ПОНЯТТЯ ПРО СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ. ФОРМУВАННЯ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ЯК НАУКИ

Охорона здоров'я — це система державних, громадських та індивідуальних заходів та засобів, які сприяють здоров'ю, запобіганню захворюванням та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини.

Охорона здоров'я — поняття, що охоплює увесь комплекс заходів та засобів щодо здоров'я людини, або, іншими словами, враховує увесь комплекс чинників, що впливають на здоров'я людини. Медична допомога складається з двох чинників: лікувальної справи та сестринської справи.

Сестринська справа — це наука, спрямована на вирішення існуючих і потенційних проблем пацієнта із здоров'ям в умовах оточуючого середовища, що змінюється. Комітет експертів ВООЗ ще в 60-ті роки визначив сестринську справу як «практику людських взаємовідносин», а медична сестра «повинна вміти розпізнати потреби пацієнтів, які виникають у зв'язку з хворобою, здійснюючи до кожного індивідуальний підхід».

Вважається класичним визначення, яке дала американська медична сестра і викладач Вірджинія Хендерсон у 1961 році, що одержало згодом міжнародне визнання: **"Унікальність покликання медичної сестри полягає в тому, щоб надавати кожній людині, хворій чи здоровій, допомогу у всьому, що сприяє здоров'ю чи його відновленню, або приходу безболісної смерті, і з чим людина могла б справитись без сторонньої допомоги, якщо б вона була достатньо здоровою, і робити це таким чином, щоб допомогти хворому якнайшвидше набути самостійності"**.

Інше визначення дали американські медичні сестри *у 1984 році: **"Медична сестра — людина, яка оберігає, захищає і турбується, вона підготовлена до догляду за хворим"**.

Але перше визначення **сестринської справи** дала засновниця медсестринства Флоренс Найтінгейл у відомих "Нотатках про догляд" у 1859 році, сформулювавши його як **дію з використання оточуючого середовища пацієнта для його швидкого одужання**.

Розвиток сестринської справи як науки в Україні відбувався дуже повільно.

Основні причини, які гальмували розвиток сестринської справи в Україні:

- низький професійний і соціальний статус медичної сестри;
- низький рівень підготовки і відсутність перспектив професійного росту;
- недооцінка значення наукових принципів і підходів до організації й управління сестринською діяльністю;
- нехтування зарубіжним досвідом.

Ще в 1899 році при активній участі медичних сестер із Великобританії, США та Канади була створена Міжнародна рада медичних сестер, яка і на сьогоднішній день є найбільш авторитетною Міжнародною організацією медичних сестер. У 1899 році в учительському коледжі Колумбійського університету було запроваджено однорічний курс академічної підготовки медичних сестер для роботи в галузі медсестринського адміністрування.

Підвищення складності сестринської справи, визнання необхідності розвитку наукових основ цього фаху на базі вищої медичної школи знайшли своє відображення в тому, що у 1907 році Мері Аделаїда Наттін вперше у світі одержала вчений ступінь професора сестринської справи. Вона зайняла посаду професора кафедри медсестринської освіти в учительському коледжі Колумбійського університету, який готував медичних сестер — адміністраторів та викладачів.

У 1920 році введено перші програми підготовки магістрів сестринської справи. Вони ставили за мету підготовку менеджерів та викладачів сестринської справи. У 40-60-ті роки ХХ століття акцент змістився на підготовку магістрів сестринської справи клінічного спрямування з урахуванням впровадження в практику охорони здоров'я складних біомедичних технологій.

З розвитком суспільства зростав попит на медсестринські послуги, визначались ділянки охорони здоров'я, де потрібною була не лише увага, а й компетенція та високопрофесійна опіка медичних сестер. Так створювались хоспіси, будинки та відділення сестринського догляду, було організовано надання медсестринських послуг вдома та роботу служб медсестринської допомоги матерям і дітям із незаможних верств населення, що давало більший ефект при менших фінансових затратах.

У 1952 році було створено перший міжнародний науковий журнал із сестринської справи «Nursing Research», в якому висвітлювались дослідження, проведені медичними сестрами. Сьогодні медсестринських журналів видається дуже багато, лише у США їх близько 200.

До 1960 року стали з'являтися програми докторантури в галузі сестринської справи. До кінця 70-х років кількість медичних сестер, які мали науковий ступінь доктора наук, досягла в США 2000. Це є достойним визнанням самостійності спеціальності. На нинішній час в університетах США створено понад 400 магістерських та близько 50 докторських програм.

Лідерські позиції США в організації сестринської справи після Другої світової війни підтвердив факт створення у 1973 році Американською асоціацією медичних сестер Національної академії сестринських наук. Першими членами академії стали 36 медичних сестер — дослідниць, вибраних радою директорів асоціації за їх видатні заслуги у розвитку сестринських наук.

В Європі створення загальної основи базової підготовки медичних сестер починається із середини ХХ століття.

У 1971 році було створено Постійний комітет медичних сестер при Європейському економічному співтоваристві. Комітет займався, окрім питань захисту професійних інтересів медичних сестер країн — членів ЄЕС, збиранням інформації про підготовку та умови праці медичних сестер у цих країнах. Значною подією в історії сестринської справи стало прийняття двох директив, що регулюють діяльність медичних сестер Співтовариства. Це означало створення спільної основи для підготовки та діяльності медсестринського персоналу в Європі. Перша директива засвідчила взаємне визнання дипломів та заходів, які забезпечують право вільного вибору місця проживання та праці медичних сестер. Друга директива присвячена програмі підготовки і забезпечувала координацію положень законів, правил та адміністративних актів, які визначають діяльність медичних сестер.

Суттєву роботу в координації міжнародного співробітництва із сестринської справи виконує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), створена у 1948 році. До роботи в ній залучались і лідери медсестринства з різних країн світу.

Лікувальна справа полягає в тому, що всі знання та практичні дії лікаря спрямовані на діагностування і лікування захворювання в окремої людини. Більшість видів лікарської діяльності — чи то лікування, викладання, чи дослідницька робота — скеровані на різні аспекти патологічних механізмів розвитку захворювань.

Проте хвороба ставить перед хворим, його родиною, колективом, в якому він працює або навчається, ряд запитань і проблем. Наприклад, лікарі врятували життя людині, яка постраждала після важкої черепно-мозкової травми, але не змогли через важкість травми і пошкодження зорових нервів зберегти пацієнту зір. У хворого та його родини виникло безліч проблем, які вони не можуть вирішити без допомоги медичної та соціальної служб, без допомоги суспільства.

У цьому випадку частину проблем пацієнта допоможе вирішити саме медична сестра. Вона допоможе пацієнту і його родині психологічно адаптуватися до ситуації, яка виникла, навчить його елементів самогігієни і самодогляду, допоможе знайти своє місце в суспільному житті.

Отже, сестринська справа орієнтована більшою мірою на людину або групу людей (сім'ю, колектив, суспільство), ніж на хворобу. Вона

спрямована на вирішення проблем і потреб людей, їхніх родин та суспільства в цілому, які виникли або можуть виникнути у зв'язку із змінами у здоров'ї.

Таким чином, сестринська справа — це самостійна професія, яка володіє достатнім потенціалом, щоб стати врівень із лікувальною справою.

Звідси зрозуміло, що функції медичної сестри значно ширші, ніж просте виконання вказівок та призначень лікаря. На неї покладено основні обов'язки з догляду за пацієнтами, профілактики захворювань, збереження здоров'я, реабілітації і полегшення страждань. Вона повинна бути добрим керівником (на будь-якому рівні), який володіє задатками лідера, менеджера, педагога і психолога.

Діяльність медичної сестри не має обмежень ні за політичними, ні за соціальними ознаками, ні за національною чи расовою приналежністю, ні за віросповіданням, ні за віком чи статтю.

На нараді національних представників Міжнародної ради сестер (Нова Зеландія, 1987 рік) було сформульовано поняття "сестринська справа": **"Сестринська справа є складовою частиною системи охорони здоров'я і включає в себе діяльність, спрямовану на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та психічні захворювання, догляд за ними, а також непрацездатними усіх вікових груп.** Така допомога надається медичними сестрами як у лікувальних, так і в будь-яких інших установах, а також вдома і скрізь, де в ній є потреба".

Водночас з позитивними зрушеннями у медицині збільшується небезпека, на яку наражається людина, потрапляючи у сферу медичного впливу. При швидкому зростанні чисельності населення, поширенні бідності серед жителів нашої планети актуальними залишаються принципи надання медичної допомоги: *ефективність — рівність — безпека*. Це ще одна з причин високих вимог до професії медичної сестри. Таким чином, місія сестринської справи полягає в задоволенні потреб пацієнтів у висококваліфікованій та спеціалізованій медичній допомозі. Щодо цього, **основною** метою сестринської **справи** є:

- роз'яснення населенню та адміністрації лікувально-профілактичних закладів важливості та пріоритетності сестринської справи в нинішній час;
- залучення, розвиток і ефективне використання сестринського потенціалу шляхом розширення професійних обов'язків та надання сестринських послуг, які максимально задовольняють потреби населення;
- забезпечення і проведення навчального процесу для підготовки висококваліфікованих медичних сестер, а також проведення післядипломної підготовки фахівців із середньою та вищою сестринською освітою;
- формування певного стилю мислення у медичних сестер.

Сестринська справа вирішує такі завдання:

- розвиток і розширення організаційних та управлінських резервів у роботі з кадрами;
- консолідація професійних і відомчих зусиль щодо медичного обслуговування населення;
- ведення роботи щодо забезпечення підвищення кваліфікації і професійних навичок персоналу;
- розробка і впровадження нових технологій у сфері сестринської допомоги;
- надання консультативної сестринської допомоги;
- забезпечення високого рівня медичної інформації;
- ведення санітарно-просвітньої і профілактичної роботи;
- проведення науково-дослідних робіт у сфері сестринської справи;
- створення власних сестринських стандартів, які б спрямовували сестринський догляд у потрібне русло і допомагали б оцінити результати діяльності.

Відомий вислів: «Медицина — стовбур дерева, а її спеціальності — окремі гілки. Але коли гілка сягає розмірів цілого дерева, то вона здобуває право на самостійне існування». **Ця гілка — сестринська справа, що виділяється із системи медичної освіти в окрему науку.**

Із залежного підрозділу медицини сестринська справа розвивається в самостійну науку. Сестринська справа має свою філософію, теорію, стандарти та моделі.

Сьогодні виділено 4 основні функції сестринської справи:

1. Здійснення сестринського догляду і керівництво ним. В основі цієї функції лежить медсестринський процес.
2. Навчання пацієнтів та їх родин основним навикам, які забезпечують збереження і відновлення здоров'я.
3. Виконання ролі ефективного члена медико-санітарної бригади. Медико-санітарна бригада — це група людей, які об'єднані однією метою — надання допомоги хворому. До складу бригади входять лікар, медична сестра, санітар або ж бригада може бути сестринською (медична сестра-бакалавр, медична сестра).
4. Розвиток сестринської практики та проведення сестринських досліджень.

Сестринська справа як предмет.

Сестринська справа — це основний предмет, що вивчають медичні сестри, який максимально орієнтований на формування базових професійних знань, умінь і навичок, необхідних для їхньої діяльності, та на оволодіння на рівні умінь сестринським процесом як науковим методом надання сестринської допомоги пацієнтам в конкретній клінічній ситуації.

Предмет "Основи сестринської справи" в Україні включає в себе наступні розділи: вступ до предмета, основи практичної діяльності медичної сестри, основи санології, сестринський процес.

Зв'язок сестринської справи з іншими науками.

Сестринська справа як наука пов'язана з іншими науками. Насамперед вона пов'язана з суспільними науками. Тісний зв'язок вона має із соціологією, яка вивчає суспільство і взаємовідносини між людьми. Соціологія дозволяє медичним сестрам ширше дивитися на світ і суспільство в цілому — на цінності і погляди різних членів суспільства, а також сили, які зміцнюють їх. Соціолог розглядає всі події в суспільстві не як індивідуальний прояв, а як соціальний факт чи соціальне явище. Наприклад: соціолог хоче знати не чому окрема людина здійснила самогубство, а чому в певному середовищі процент самогубств вищий, ніж в іншому. Він шукає відповіді на такі запитання: чому процент самогубств в сільській місцевості (у всякому випадку в західних країнах) нижчий, ніж в містах, чи чому австрійці частіше здійснюють самогубство, ніж італійці. Знання соціології допомагають медичній сестрі краще орієнтуватись в психоемоційних особливостях тих чи інших членів громади.

Сестринська справа тісно пов'язана з економікою — наукою, яка вивчає виробництво, розподіл і споживання товарів і послуг. Знання економіки допомагають медичній сестрі в правильній організації обслуговування населення.

Сестринська справа пов'язана з політологією, в центрі уваги якої знаходиться уряд і використання урядової влади. Знання політології допомагає медичним сестрам орієнтуватись в питаннях організації і фінансування охорони здоров'я.

Сестринська справа пов'язана з історією. Історичні дослідження і знання історії розвитку сестринства допомагають орієнтуватись в сьогоденні і робити прогнози на майбутнє.

Сестринська справа пов'язана з психологією, яка вивчає логічне мислення, сприйняття і творчі здібності. Ця наука звертає увагу на індивідуальні особливості людей. Медична психологія допомагає сестрі в правильній організації її роботи з пацієнтами.

Крім того, сестринська справа пов'язана з фундаментальними медичними дисциплінами (анатомією, фізіологією, гістологією), які забезпечують медичній сестрі знання будови і функції органів і тканин.

Сестринська справа має зв'язок з клінічними дисциплінами (терапією, хірургією, педіатрією та іншими), які дають можливість медичній сестрі зрозуміти основні проблеми пацієнта при тій чи іншій патології.

Історія розвитку сестринської справи у світі

В історичному аспекті сестринська справа як наука про догляд за хворими сягає глибокої давнини. Якщо уважно вивчати історію існуван-

ня різних народів на Землі, то звертає увагу одна особливість: одні з цих народів, коріння яких сягає глибин історії, існують і досі, інші назавжди зникли. Причинами зникнення народів, попри політичні та економічні, були і соціально-медичні, а саме: неповага до гігієнічних норм існування, викривлення сімейної моралі тощо.

Серед історичних пам'ятників, які відіграли непересічну роль у збереженні здоров'я людей, виділяється Біблія. В ній закладені основні принципи моралі та милосердя.

"Сім діл милосердя щодо тіла:

1. Голодного нагодувати.
2. Спраглого напоїти.
3. Нагого одягти.
4. Подорожнього в дім прийняти.
5. До недужого завітати.
6. Ув'язненого відвідати.
7. Померлого поховати."

"Сім діл милосердя щодо душі:

1. Грішника направити.
2. Невігласа навчити.
3. Тому, що в сумнівах, добру раду дати.
4. Сумного утішити.
5. Кривду терпеливо переносити.
6. Образу щиро прощати.
7. За живих і померлих молитися."

Розвиток сучасної сестринської справи започаткований у 1860 році, коли вперше прийняли учнів у школу медичних сестер нового типу, відкриту Флоренс Найтінгейл при лікарні Св. Томаса у Лондоні. Ця школа стала моделлю підготовки управлінської та педагогічної ланок сестринської справи. Ф. Найтінгейл, будучи сестрою милосердя, написала 147 друкованих праць. Реформа Найтінгейл принесла свої результати — професія медичної сестри отримала своє визнання в суспільстві. У день народження Флоренс Найтінгейл 12 травня щороку весь світ відзначає Міжнародний день медичної сестри.

Запропонована Найтінгейл концепція сестринської справи була прийнята у США, і це відразу принесло свої плоди в лікарнях. Оскільки підготовка здійснювалась в процесі наставництва і керівництво навчанням молодших студентів входило в обов'язок старших, майбутні медичні сестри надавали посильну допомогу в роботі лікарень, що значно знижувало поточні витрати і було виправдане з педагогічної точки зору. Сучасні здобутки медсестринства США значною мірою зумовлені правильністю обраного курсу.

Розвиток сестринської справи в Україні.

Виникнення сестринської справи в Україні, як і у всій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства. Створювалися монастирі, при яких були лікарні, подорожні доми, які поєднували функції готелю, лікарні та амбулаторії для мандрівників, що направлялися до святих місць та потребували медичної допомоги.

Одна з перших згадок про створення стаціонарної лікувальної установи у Київській Русі відноситься до X століття, коли княгиня Ольга організувала лікарню, де догляд за хворими був доручений жінкам.

За часів середньовіччя в Україні не було навчальних медичних закладів, а навчання мистецтву лікувати та доглядати за хворими передавалось шляхом від батьків дітям або на зразок ремісничого учнівства при монастирях. Відомо, що в середньовічних містах України (кінець XIV ст.) медициною займалися члени професійних цехів. Серед них хірурги-цирульники надавали допомогу жителям міст і брали участь у військових походах та козацьких битвах. Цехи цирульників були у Львові (засновані у 1512 році), при Київському магістраті, в Кам'янці-Подільському та інших містах. У цехах цирульників проводилось також навчання учнів.

Видатною особистістю XVI ст. був Георгій Дрогобич (близько 1450-1494 рр.) — один з найосвіченіших медиків свого часу. Народився в місті Дрогобичі. Закінчив Краківський університет, у якому здобув ступінь бакалавра, потім магістра; прагнучи вдосконалити свою освіту, він вступає до Болонського університету (Італія), де удостоюється звання доктора філософії та медицини, в цьому ж університеті обирається ректором (1481-1482); згодом викладав медицину в Краківському університеті. Г. Дрогобич мав авторитет енциклопедично освіченої людини. Він опублікував у Римі книгу "Iudicium prognosticon", присвячену переважно астрономії і частково медицині. Це була перша в історії друкована праця нашого співвітчизника.

Значну роль в історії розвитку медичної справи в Україні відіграли братства. Зокрема Львівське братство мало п'ять шпиталів. Лікувальні заклади мало і Київське братство.

Наприкінці XVIII століття українські землі входили до складу двох імперій: Російської та Австро-Угорської. Західна Україна (тодішні Львівська, Станіславська та Тернопільська губернії, інакше — Галичина, та частина Волині, інакше — Лодомирія) за часів панування Австро-Угорщини та панської Польщі мала винятково важкі соціально-економічні умови.

Імператриця Австрії Марія Терезія з метою поліпшення медичної опіки над населенням, розвитку медичної освіти і науки у королівстві Галичина та Лодомирія декретом від 22 грудня 1772 року призначила доктора медицини Андрея Крупинського крайовим протомедиком Галичини. Йому було доручено створити на західноукраїнських землях систему медичної слу-

жби і медичної освіти. Відкриття Львівського акушерського колегіуму відбулося 1 жовтня 1773 року. Цей день ознаменував зародження середньої медичної освіти на західноукраїнських землях.

Перша школа медичних сестер була створена лише у 1895 році при загальній лікарні у Львові. Вона була організована і фінансувалась крайовим відділом здоров'я спільно з товариством Червоного Хреста.

Дещо інакше розвивались сестринська справа та освіта в тих регіонах України, які після третього поділу Польщі перейшли під панування Російської імперії. Це стосувалось Східної (Великої) України.

У 1775 році сенат видав наказ про створення у Києві урядового шпиталю. У 1792 році в місті був відкритий також військовий шпиталь. З 1786 року при Кирилівському монастирі почав діяти будинок для інвалідів.

Кримська війна (1853) визначила початок нового етапу в розвитку сестринської справи. У цей час М.І. Пирогов прийняв пропозицію щодо залучення загонів сестер милосердя в Кримській кампанії. Перші в історії медицини жінки-медичні працівники почали надавати допомогу пораненим та хворим воїнам на полі бою.

Із середини ХІХ століття почали діяти фельдшерські школи в Києві та Харкові. У 1870 році в Києві відкрито військову фельдшерську школу, а в 1877 році — курси медичних сестер.

Певні зусилля для боротьби з епідеміями та високим рівнем захворюваності в Україні, розширення мережі лікувальних закладів та розвитку професійної підготовки середніх медичних працівників були докладені Російським урядом після Жовтневої революції.

1 листопада 1939 року позачергова сесія Верховної Ради СРСР прийняла закон про включення Західної України до складу СРСР та возз'єднання з УРСР.

Під час фашистської окупації України в роки Другої світової війни на її території припинили свою діяльність медичні школи, а їх майно було пограбоване. Після закінчення війни Радянський уряд приділив велику увагу відновленню мережі середніх медичних навчальних закладів та відкриттю нових.

24 серпня 1991 року позачергова сесія Верховної Ради України прийняла Постанову та Акт проголошення незалежності України. **УКРАЇНА стала незалежною демократичною державою** з неподільною та недоторканою територією, на якій чинними є лише власні Конституція, закони та постанови уряду.

Сучасна система підготовки медичних сестер в Україні.

Серед інших гострих проблем незалежна Українська держава відчувала потребу опрацювання законодавчої бази та перебудови в галузі освіти. Згідно з розробленою 1992 року Державною національною про-

грамою "Українська освіта в ХХІ столітті" взято курс на створення власної системи національної освіти. У цьому ж році Верховна Рада схвалила Закон про освіту, яким передбачено запровадження в Україні неперервної ступеневої вищої освіти чотирьох рівнів. Відповідно до **нього** спростовано термін «середня спеціальна освіта», який замінено терміном «вища освіта першого рівня». Навчальні заклади, які надають такий рівень освіти, називаються закладами освіти I рівня акредитації. З'явилися вищі навчальні заклади нового типу — коледжі, які належать до закладів освіти II рівня акредитації. У цих освітніх закладах студентам надається базова вища освіта та після закінчення — ступінь бакалавра. Реформа мед сестринської освіти в Україні розпочалася в 1993 році і визначила два її ступені.

I ступінь — дипломована медична сестра (термін підготовки 2 роки — на базі закінченої повної загальної середньої освіти і 3 роки — на базі неповної загальної середньої освіти).

II ступінь — медична сестра-бакалавр (термін підготовки 2 роки — після закінчення медичного училища і 3 роки — продовжене навчання для практикуючих медичних сестер).

З 1995-1996 років почали відкриватися факультети сестринської справи в медичних університетах та академіях України.

30 січня 1996 року МОЗ України видає наказ за № 19 "Про створення Національної програми розвитку медсестринства України".

У липні 1997 року вперше в Україні випущено близько 80 медичних сестер-бакалаврів. Ще у 1994 році Міністерство охорони здоров'я України проінформувало керівників органів та закладів охорони здоров'я і керівників закладів, що підпорядковані МОЗ України, про те, що: "Медична сестра-бакалавр може займати посади головної медичної сестри лікувально-профілактичної установи, старшої медичної сестри відділення, медичної сестри спеціалізованого відділення, медичної сестри-викладача медичних навчальних закладів I та II рівнів акредитації, медичної сестри сімейного лікаря".

У травні 1997 року відбулась установча конференція із створення Асоціації медичних сестер України. Президентом Асоціації стала Галина Івашко.

З історією медсестринства пов'язана історія Товариства Червоного Хреста.

У 1863 році 5 мешканців Женеві Анрі Дюнан, Густав Муаньє, Луї Аппія, Теодор Монцар і генерал Гійом Анрі Дюфур на терені філантропічної організації «Суспільна користь» вирішили заснувати Міжнародний комітет допомоги пораненим, що в 1876 році дістав назву Міжнародного комітету Червоного Хреста. Його емблема — червоний хрест на білому тлі.

Товариство керується принципами, які ґрунтуються на одвічному прагненні людей до миру й злагоди, спрямовує свої зусилля в таких напрямках діяльності:

- захист життя і здоров'я людини, честі особистості;
- допомога жертвам збройних конфліктів, стихійних лих;
- турбота про інвалідів, немічних старих, самотніх хворих.

Основні засади діяльності Товариства Червоного Хреста: гуманність, неупередженість, нейтральність, незалежність, добровільність, єдність, універсальність.

Якщо ці принципи викласти іншими словами: доброта, милосердя, мудрість та терпіння, то це і є основні принципи догляду. Діяльність Червоного Хреста спрямована на полегшення долі поранених внаслідок воєнних дій чи стихійного лиха, техногенної катастрофи. При цьому важливим є не тільки медичний догляд, але і допомога у вирішенні соціально-психологічних проблем.

Червоний Хрест України від самого заснування займається наданням допомоги інвалідам, самотнім людям похилого віку, біженцям, дітям-сиротам. Зусиллями Товариства Червоного Хреста в 30-х роках будуються фельдшерсько-акушерські пункти, колгоспні пологові будинки, лазні, аптеки та магазини санітарії. У роки Другої світової війни курси червонохресних медсестер готували сестер милосердя для фронту. Тринадцять українських сестер милосердя, учасниць бойових дій, відзначені найвищою нагородою Міжнародного комітету Червоного Хреста — медаллю Флоренс Найтінгейл.

З 1961 року у структурі Товариства Червоного Хреста України створена і діє Патронажна служба. Патронажні сестри надають медичну та соціально-побутову допомогу самотнім, непрацездатним громадянам, людям похилого віку та інвалідам, які потребують сторонньої допомоги.

Освітньо-кваліфікаційна характеристика медичних спеціалістів

Виробничі функції, типові завдання діяльності та уміння, якими повинен володіти випускник вищого навчального закладу:

1. Медсестринська діагностика.

1. Проведення суб'єктивного обстеження та оцінка отриманих даних.

В умовах лікувально-профілактичних закладів та вдома, користуючись листом сестринської оцінки стану пацієнта, шляхом спілкування з пацієнтом, хворою дитиною та її батьками вміти:

- збирати скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез;
- оцінювати анамнестичні дані.

2. Проведення фізичного обстеження пацієнта та оцінка отриманих даних.

В умовах лікувально-профілактичних закладів та вдома, за допомогою листа сестринської оцінки стану пацієнта вміти:

- а) оцінювати загальний стан пацієнта;
- б) проводити огляд та пальпацію:
 - шкіри, підшкірної основи;
 - периферичних лімфатичних вузлів;
 - голови та обличчя;
 - очей, повік, склер, кон'юнктиви, зіниць;
 - носа;
 - вух;
 - волосся;
 - губ, ротової порожнини, зубів, язика;
 - шиї, щитоподібної залози;
 - м'язів;
 - хребта;
 - кінцівок суглобів, пальців, нігтів;
- в) за допомогою медичного обладнання проводити антропометричні вимірювання;
- г) оцінювати фізичний розвиток дітей за допомогою стандартних таблиць;
- д) визначити стан живлення;
- є) вимірювати температуру тіла та здійснювати її реєстрацію в температурному листі.

3. Проведення обстеження органів дихання та оцінка отриманих даних. Користуючись схемою і методикою обстеження пацієнта в умовах лікувально-профілактичних закладів та вдома, за допомогою медичного обладнання, спираючись на знання анатомо-фізіологічних особливостей дихальної системи, з метою виявлення відхилень від норми вміти проводити:

- огляд грудної клітки;
- пальпацію грудної клітки;
- оцінку кашлю;
- оцінку харкотиння;
- спірометрію;
- підрахунок частоти дихання та реєстрацію його в температурному листі.

4. Проведення обстеження системи кровообігу та оцінка отриманих даних.

Користуючись схемою і методикою обстеження пацієнта, в умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, спираючись на знання анатомо-фізіологічних особливостей системи кровообігу, вміти проводити:

- пальпацію артеріальних, венозних судин кінцівок;
- визначення верхівкового поштовху;
- визначення частоти серцевих скорочень;
- підрахунок частоти пульсу та реєстрацію його в температурному листі;
- вимірювання артеріального тиску та реєстрацію його в температурному листі.

5. Проведення обстеження органів травлення та оцінка отриманих даних.

Користуючись схемою і методикою обстеження пацієнта в умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома за допомогою медичного обладнання, спираючись на знання анатомо-фізіологічних особливостей органів травлення, вміти проводити:

- огляд живота;
- оцінку блювотних мас;
- перкусію живота (визначення метеоризму та асцити);
- поверхневу пальпацію живота;
- перевірку симптому Щоткіна-Блюмберга;
- оцінку випорожнень.

6. Проведення обстеження сечовидільної системи та оцінка отриманих даних.

Користуючись схемою і методикою обстеження пацієнта в умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, спираючись на знання анатомо-фізіологічних особливостей сечовидільної системи, вміти проводити:

- огляд зовнішніх сечостатевих органів;
- перевірку симптому Пастернацького;
- оцінку сечі та сечовипускання.

7. Проведення обстеження нервово-психічної системи та оцінка отриманих даних.

Користуючись схемою і методикою обстеження пацієнта в умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, за допомогою медичного інструментарію, спираючись на знання анатомо-фізіологічних особливостей нервової системи вміти:

- оцінювати нервово-психічний розвиток пацієнта;
- перевіряти набуті уміння і навички;
- оцінювати рухову функцію;
- оцінювати чутливість;
- оцінювати рівновагу;
- перевіряти пальце-носову пробу.

8. Проведення обстеження вагітної та оцінка стану.

Користуючись схемою і методикою обстеження вагітної, в умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, за допомогою медичного обладнання вміти:

- вимірювати обвід живота;
- вимірювати висоту стояння дна матки;
- вислуховувати серцебиття плода;
- проводити пробу Мак-Клюра-Олдріча;
- володіти прийомами Леопольда;
- визначати термін вагітності та пологів;
- зважувати вагітну та аналізувати збільшення маси тіла;
- вимірювати зовнішні розміри таза;
- вимірювати індекс Соловйова.

9. Проведення обстеження роділлі, породіллі та оцінка стану.

Враховуючи можливість кровотечі під час пологів в умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, за допомогою стандартних методик вміти:

- оглядати послід на цілісність;
- визначати об'єм крововтрати;
- визначати ознаки відокремлення посліду.

10. Проведення обстеження пацієнтки.

В умовах лікувально-профілактичних закладів з метою виявлення патології шийки матки та піхви, використовуючи двостулкові, ложка-подібні дзеркала та підймач, вміти проводити дзеркальне дослідження.

Під час обстеження гінекологічної хворої в умовах лікувально-профілактичних закладів за допомогою стандартних методик та використовуючи медичне обладнання вміти брати мазки на:

- ступінь чистоти піхви;
- цитологічне дослідження;
- гормональне обстеження.

11. Проведення обстеження та оцінка стану новонародженого.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома вміти оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.

12. Виявлення та вирішення проблем пацієнта.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, непередбачених обставинах, з метою задоволення основних потреб пацієнта, вміти виявляти та вирішувати проблеми при:

- нудоті;

- блюванні;
- ризику виникнення пролежнів;
- пролежнях;
- болю;
- відрижці;
- гіркоті в роті;
- печії;
- гикавці;
- діареї;
- закрепі;
- зригуваннях;
- метеоризмі;
- спразі;
- запаху з рота;
- сухості в роті, шкіри;
- порушеннях апетиту;
- кашлю;
- порушеннях частоти дихання, задишці;
- неспроможності відкашлювати;
- охриплості голосу;
- мерзлякуватості;
- пітливості;
- дряпанні в горлі, за грудниною;
- вимушеному положенні;
- набряках;
- порушеннях нормальної маси тіла на 10 % і більше;
- порушеннях частоти пульсу (тахікардії, брадикардії, аритмії);
- порушеннях артеріального тиску (гіпертензії, гіпотензії);
- шкідливих звичках;
- треморі кінцівок;
- порушеннях санітарних умов проживання;
- позитивних пробах на введення фармакологічних препаратів;
- гіпогалакції;
- незагоюванні пупкової ранки;
- порушеннях розумового розвитку;
- випаданні прямої кишки;
- деформації скелета;
- порушеннях сечовиділення;
- порушеннях працездатності (повне або часткове);
- післяопераційному тремтінні;
- наявності інфільтратів;
- відчутті страху, тривоги;

- загальній слабості;
- порушенні сну;
- порушенні смакових відчуттів;
- порушенні тону м'язів;
- порушенні чутливості шкіри;
- порушенні рухової активності;
- порушенні свідомості;
- відмові пацієнта від призначеної маніпуляції, процедури, їжі;
- відчутті сорому;
- порушенні зору;
- порушенні слуху;
- порушенні цілісності шкіри і слизових оболонок;
- висипанні на шкірі та слизових оболонках;
- свербезу;
- негативному ставленні пацієнта до призначеного лікування;
- невмінні близьких доглядати за пацієнтом;
- психоемоційній напруженості в сім'ї, на роботі;
- порушенні нормального способу життя (частих відрядженнях, порушеннях режиму харчування тощо);
- психологічній дезадаптації людей старечого віку.

II. Технологічна.

1. Забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму.

В умовах лікувально-профілактичних закладів з метою забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму за допомогою медичного обладнання та антисептичних розчинів вміти:

- проводити повну і часткову санітарну обробку пацієнта;
- обробляти волосся та шкіру пацієнта при педикульозі;
- готувати 0,5, 1, 10 % розчини хлорного вапна;
- готувати 1, 3, 5 % розчини хлораміну;
- проводити дезінфекцію предметів догляду та особистої гігієни пацієнта, посуду;
- проводити передстерилізаційну обробку медичного інструментарію;
- проводити стерилізацію медичного інструментарію методом кип'ятіння (в домашніх умовах);
- проводити стерилізацію медичного інструментарію хімічним методом;
- проводити стерилізацію медичного інструментарію в повітряних стерилізаторах;
- готувати перев'язувальний матеріал;
- готувати бікси до стерилізації;
- укладати перев'язувальний матеріал, халати та простирадла в бікси;

- укладати набори для пологів в бікси;
- проводити стерилізацію парою під тиском у парових стерилізаторах;
- проводити контроль якості стерилізації;
- користуватись стерильним біксом;
- готувати до роботи маніпуляційний та перев'язувальний кабінети;
- готувати до роботи операційний блок;
- проводити прибирання та дезінфекцію операційної;
- накривати стерильний маніпуляційний стіл;
- накривати стерильний стіл перев'язувальної медсестри;
- накривати стерильний стіл операційної медсестри;
- накривати стерильний стіл для приймання пологів;
- готувати до стерилізації і проводити стерилізацію гумових рукавичок;
- готувати до стерилізації і проводити стерилізацію гумових трубок, зондів, дренажів, катетерів;
- проводити стерилізацію тазів для підготовки рук до операції;
- обробляти руки різними способами при підготовці до операції;
- самостійно одягати стерильний халат та маску на себе;
- одягати хірурга на операцію;
- готувати до операції операційне поле;
- дотримуватись вимог особистої гігієни медсестри;
- дотримуватись правил техніки безпеки, охорони праці, протипожежної та інфекційної безпеки.

2. Проведення заходів особистої гігієни пацієнта.

В умовах лікувально-профілактичних закладів та в домашніх умовах для швидкого одужання і запобігання ускладненням за допомогою медичного обладнання, антисептичних розчинів вміти:

- облаштовувати ліжко хворому;
- змінювати натільну і постільну білизну лежачому хворому;
- користуватись функціональним ліжком;
- здійснювати догляд за шкірою (гігієнічна ванна, душ, гоління);
- здійснювати догляд за волоссям;
- здійснювати догляд за статевими органами, промежиною, швами на промежині у породіль;
- проводити спринцювання піхви;
- здійснювати догляд за швами;
- проводити догляд за молочними залозами, володіти технікою зцідження молока;
- здійснювати догляд за очима;
- здійснювати догляд за вухами, обробляти зовнішній слуховий прохід;
- здійснювати догляд за носовими ходами;

- здійснювати догляд за порожниною рота;
- здійснювати комплексну профілактику пролежнів, попріlostей;
- здійснювати догляд за шкірою в разі наявності пролежнів;
- підкладати судно;
- подавати сечоприймач лежачим пацієнтам;
- доглядати за стомами.

III. Виробнича.

1. Харчування пацієнта.

В умовах лікувально-профілактичних закладів з метою забезпечення основних принципів лікувального харчування, спираючись на відповідні методичні рекомендації, вміти:

- складати порційну вимогу;
- складати приблизне добове меню згідно з рекомендованою дієтою;
- здійснювати нагляд за санітарним станом приліжкових столиків, холо дильника, асортиментом і терміном зберігання харчових продуктів;
- годувати лежачого пацієнта з ложки, пляшечки, соски;
- користуватись поїлкою;
- вводити харчові суміші через зонд;
- годувати пацієнта через езофагостому та гастростому;
- годувати немовлят;
- проводити парентеральне годування;
- роздавати їжу.

2. Проведення заходів зі стабілізації функціонального стану організму.

В умовах лікувально-профілактичних закладів та в домашніх умовах, використовуючи стандарти медсестринської діяльності, повинен вміти:

- здійснювати догляд за пацієнтом в різні періоди гарячки;
- проводити кровопускання;
- здійснювати догляд за хворим під час кашлю;
- здійснювати догляд за хворим під час задишки;
- здійснювати догляд за хворим під час кровохаркання та легеневої кровотечі;
- подавати кисень з кисневої подушки;
- подавати кисень через носові катетери, інтубаційну трубку, маску;
- здійснювати догляд за хворим під час блювання;
- застосовувати газовідвідну трубку;
- промивати шлунок;
- виконувати очисну клізму;
- виконувати сифонну клізму;
- виконувати лікувальну клізму;
- виконувати олійну клізму;

- виконувати живильну клізму;
- виконувати крапельну клізму;
- проводити катетеризацію сечового міхура м'яким катетером;
- промивати сечовий міхур;
- визначати добовий діурез;
- визначати водний баланс.

3. Застосовування найпростіших методів фізіотерапії.

В умовах лікувально-профілактичних закладів з метою нормалізації кровообігу за допомогою медичного обладнання, фармакологічних та підручних засобів, дотримуючись техніки безпеки, вміти:

- накладати гірчичники та гірчичники-пакети;
- проводити гірчичну ванну для рук і ніг;
- поставити банки;
- проводити гірудотерапію;
- накладати компрес;
- накладати сухі припарки;
- застосовувати грілку;
- застосовувати міхур з льодом;
- проводити кварцування;
- проводити процедури солюкс-лампюю;
- володіти технікою водолікування;
- володіти технікою проведення інгаляцій.

4. Виписування, зберігання і застосування фармакологічних засобів.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, користуючись чинними нормативними документами МОЗ України та медичною документацією, вміти:

- робити вибірку призначень лікаря з листка призначень;
- розкладати фармакологічні засоби у медичній шафі;
- застосовувати мазі;
- застосовувати антисептичні засоби;
- застосовувати зовнішні кровозупинні засоби;
- застосовувати збовтувальні суміші, пасти, масла;
- накладати пластир;
- застосовувати присипки;
- закапувати краплі у ніс, вуха, очі;
- закладати мазь за повіки;
- користуватись різними видами інгаляторів;
- збирати стерильний шприц із стерилізатора та крафтпакета;
- збирати одноразовий шприц;
- збирати стерильний інструментарій із стерильного стола;

- набирати фармакологічні засоби із ампул, флаконів;
- проводити внутрішньошкірні ін'єкції;
- проводити проби на чутливість до фармакологічних засобів;
- проводити підшкірні ін'єкції;
- набирати в різні види шприців інсулін, гепарин;
- вводити олійні розчини;
- проводити внутрішньом'язові ін'єкції;
- розраховувати дозу і розводити антибіотики;
- проводити венепункцію, внутрішньовенне струминне введення фармакологічних засобів;
- вводити лікувальні сироватки, імуноглобуліни, анатоксини;
- збирати і заповнювати одноразові системи для внутрішньовенних вливань;
- проводити внутрішньовенне краплинне введення фармакологічних засобів.

5. Підготовка пацієнта, взяття і направлення матеріалу на лабораторне та інструментальне дослідження.

В умовах лікувально-профілактичних закладів та в домашніх умовах з метою проведення діагностичних обстежень за допомогою медичного обладнання вміти:

- проводити визначення групи крові та резус належності різними методами;
- проводити забір крові для лабораторних досліджень;
- брати мазок із зівка, носа;
- брати матеріал методом мазків-відбитків;
- збирати мокротиння;
- брати блювотні маси і промивні води шлунка для дослідження;
- брати кал для копрологічного дослідження;
- брати кал для дослідження на яйця глистів;
- брати кал на бактеріологічне дослідження;
- брати кал на дослідження на приховану кров;
- брати шлунковий та дуоденальний вміст;
- брати зскрібок на ентеробіоз;
- брати сечу для загального дослідження;
- брати сечу для дослідження за Нечипоренком;
- брати сечу для дослідження за Зимницьким;
- брати сечу на амілазу, 17-кетостероїди;
- брати сечу на фенілкетонурію;
- брати сечу на глюкозу;
- проводити експрес-діагностику глюкози та кетонових тіл у сечі;
- брати сечу для бактеріологічного дослідження;
- проводити забір матеріалу від пацієнтів з підозрою на особливо небезпечні інфекції, венеричні захворювання;

- проводити оцінку результатів основних показників крові, сечі, харкотиння, калу;
- готувати пацієнта до рентгенологічного дослідження шлунка і кишечника;
- готувати пацієнта до бронхографії, холецистографії, урографії;
- проводити проби на чутливість до контрастної речовини;
- готувати пацієнта до бронхоскопії;
- готувати пацієнта до езофагогастродуоденоскопії;
- готувати пацієнта до іригоскопії, колоноскопії, ректороманоскопії;
- готувати пацієнта до цистоскопії;
- готувати пацієнта до ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та малого таза;
- готувати пацієнта до радіоізотопного дослідження;
- проводити люмінесцентну діагностику мікроспорії;
- готувати пацієнта та все необхідне до плевральної, стернальної, люмбальної, абдомінальної пункції та пункції суглобів та абсцесу;
- знімати ЕКГ;
- виписувати направлення на лабораторне дослідження;
- доставляти матеріал в лабораторію.

6. Здійснення догляду за дитиною раннього віку.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, в домашніх умовах з метою гігієнічного догляду за шкірою, слизовими оболонками за допомогою предметів догляду, антисептичних розчинів вміти проводити:

- підмивання новонародженої дитини;
- обробку фізіологічних складок;
- туалет пупкової ранки, залишка пуповини;
- туалет носових ходів;
- туалет очей;
- туалет вух;
- гігієнічну ванну;
- сповивання різними методами.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, в домашніх умовах з метою спостереження за фізичним, нервово-психічним розвитком дитини за допомогою медичного обладнання вміти:

- користуватись кувезом;
- зважувати дитину, проводити контрольне зважування;
- вимірювати довжину тіла;
- вимірювати обвід голови, грудної клітки.

7. Надання невідкладної долікарської допомоги.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах за допомогою предметів догляду, медично-

го обладнання, фармакологічних та підручних засобів вміти надавати невідкладну долікарську допомогу при:

- нападі бронхіальної астми;
- стенозуючому ларинготрахеїті;
- легеневій кровотечі;
- асфіксії різної етіології;
- болю у ділянці серця;
- пневмотораксах;
- нападі серцевої астми;
- набряку легень;
- гіпертонічній кризі;
- інсульті;
- непритомності;
- колапсі;
- анафілактичному шоці;
- гіпертермічному синдромі;
- гіперглікемічній комі;
- гіпоглікемічній комі;
- гострій затримці сечі;
- нирковій кольці;
- печінковій кольці;
- гострих отруєннях;
- кровотечах стравоходу та шлунково-кишковій кровотечі;
- судомах різної етіології;
- нападі епілепсії;
- харчових токсикоінфекціях;
- ботулізмі;
- психомоторному збудженні;
- алкогольному та наркотичному отруєннях;
- можливих ускладненнях під час та після переливання крові;
- клінічній смерті.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах з метою надання невідкладної долікарської допомоги при кровотечах, враховуючи анатомічне розташування артерій та нервів, за допомогою підручних та фармакологічних засобів, медичного обладнання, спираючись на нормативні документи, вміти:

- оцінювати вид кровотечі;
- здійснювати пальцеве притиснення артерії на протязі;
- накладати кровоупинний джгут;
- накладати джгут-закрутку;
- накладати стисну пов'язку;
- накладати кровоупинний затискач на судину;

- проводити тугу тампонаду рани;
- застосовувати місцево холод;
- здійснювати максимальне перерозгинання кінцівок в суглобах.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах з метою запобігання інфікуванню рани, спираючись на нормативи з асептики та антисептики, використовуючи *перев'язувальний матеріал*, вміти *накладати і знімати*:

- вузлові шви;
- скобки Мішеля;
- асептичну пов'язку на рану;
- колову пов'язку на голову;
- зворотну пов'язку на голову;
- пов'язку "чепець" на голову;
- хрестоподібну пов'язку на потилицю;
- пращоподібну пов'язку на ніс;
- пращоподібну пов'язку на підборіддя;
- пов'язку "шапка Гіппократа";
- колову пов'язку на кінцівку;
- спіральну пов'язку на кінцівку;
- пов'язку "лицарська рукавичка";
- зворотну пов'язку на кисть;
- хрестоподібну пов'язку на променевозап'ястковий суглоб;
- хрестоподібну пов'язку на гомілковостопний суглоб;
- черепахову пов'язку;
- колосоподібну пов'язку;
- косинкову пов'язку на кисть;
- косинкову пов'язку на стопу.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах з метою надання невідкладної допомоги при закритих переломах для попередження розвитку травматичного шоку, розходження відламків та пошкодження внутрішніх органів або тканин, користуючись предметами догляду, медичним обладнанням, фармакологічними та підручними засобами, вміти застосовувати:

- внутрішньом'язово анальгезивні засоби;
- шину Крамера при переломі плеча;
- шину Крамера при переломі передпліччя;
- шину Крамера при переломі однієї з кісток гомілки;
- шину Крамера при переломі двох кісток гомілки;
- шину Дітерікса при переломі стегна;
- простирадло або рушник при переломі ребер;
- підручні засоби при переломі хребта;
- підручні засоби при переломі таза;

- підручні засоби при переломі ключиці;
- пов'язку Дезо;
- пов'язку Вельпо;
- хрестоподібну пов'язку на плечові суглоби при переломі ключиці;
- застосовувати гіпсову пов'язку.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах за допомогою предметів догляду, фармакологічних та підручних засобів вміти надавати долікарську допомогу при:

- вивихах великих суглобів кінцівок;
- вивиху нижньої щелепи;
- відкритих механічних непроникних пошкодженнях кісток та суглобів;
- травматичній ампутації;
- відкритих проникних пошкодженнях;
- закритих механічних пошкодженнях м'яких тканин;
- пораненнях м'яких тканин;
- термічних пошкодженнях;
- хімічних опіках;
- електротравмі;
- гострій хірургічній інфекції;
- травматичній асфіксії;
- черепномозкових травмах;
- захворюваннях "гострого живота";
- парафімозі;
- синдромі тривалого стискання;
- зростаючому набряку кінцівки з гіпсовою пов'язкою;
- попаданні стороннього тіла в м'які тканини;
- сторонніх тілах кон'юнктиви або рогівки ока;
- сторонніх тілах порожнини носа, глотки, гортані, вух, стравоходу.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах за допомогою існуючих стандартних методик, медичного інструментарію, фармакологічних засобів вміти надавати невідкладну допомогу при:

- тяжких формах пізнього гестозу;
- кровотечах під час вагітності;
- кровотечах під час пологів та в післяпологовому періоді;
- загрозі розриву матки;
- розривах м'яких тканин пологових шляхів.

В період бойових дій з метою своєчасного надання першої та долікарської медичної допомоги відповідно до вимог нормативних документів про медичне забезпечення бойових дій підрозділів, частин вміти:

- наближатись до пораненого різними способами;

- витягувати пораненого на собі, на плащнаметі, шинелі, за допомогою лямок — санітарної і спеціальної;
- виносити пораненого різними способами;
- працювати в засобах захисту органів дихання та шкіри (при наданні допомоги на території зараженої радіоактивними та отруйними речовинами).

При ураженні проникною радіацією вміти:

- вводити протиблювотний засіб;
- проводити часткову санітарну обробку механічним способом.

При ураженні бойовими отруйними речовинами, використовуючи засоби індивідуального захисту, вміти:

- одягати протигаз на себе;
- одягати протигаз на ураженого;
- підбирати і застосовувати антидот;
- проводити штучну вентиляцію легень за допомогою апарата ДП-10, КІ-4;
- користуватись індивідуальним протихімічним пакетом при проведенні часткової санітарної обробки.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, спираючись на нормативи з асептики та антисептики, використовуючи медичне обладнання, вміти:

- асистувати під час проведення малих гінекологічних операцій;
- асистувати хірургу при нескладних операціях.

8. Приймання пологів.

В домашніх умовах та непередбачуваних обставинах за допомогою існуючих стандартних методик, медичного інструментарію, фармакологічних та підручних засобів вміти приймати пологи.

9. Транспортування.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, непередбачених обставинах за допомогою медичного обладнання та підручних засобів вміти:

- надавати потерпілому (хворому) відповідне положення;
- транспортувати та перекладати потерпілого (хворого) різними способами;
- транспортувати ампутовану частину тіла;
- транспортувати тіло померлої людини.

10. Проведення фізіотерапевтичних процедур.

В умовах лікувально-профілактичних закладів з метою відновлення функцій за допомогою медичної апаратури, стандартних методик, дотримуючись правил техніки безпеки, вміти проводити:

- інфрачервоне опромінювання лампою "Солюкс";
- ультрафіолетове опромінення за основною схемою;
- ультрависокочастотну-терапію;

- лікувальний електрофорез;
- інгаляції;
- водолікування;
- дихальну, дренажну лікувальну гімнастику;
- основні і допоміжні прийоми масажу;
- лазероопромінення;
- індуктотермію ділянки ураження;
- парафіно-озокеритні аплікації;
- мікрохвильову терапію ділянки ураження;
- магнітотерапію;
- ультразвукову терапію;
- баротерапію;
- дарсонвалізацію;
- електросон;
- ДДТ, СМТ;
- фонофорез;
- грязелікування;
- гальванізацію.

IV. Профілактична.

1. Організація протиепідемічної роботи.

З метою профілактики поширення інфекційних хвороб, використовуючи чинні накази, інструкції, методичні вказівки МОЗ України, в умовах лікувально-профілактичних закладів, домашніх умовах, громаді вміти:

- виявляти інфекційного хворого;
- виявляти хворого на заразні шкірні захворювання;
- виявляти хворого на венеричні захворювання;
- виявляти хворого з анаеробною інфекцією;
- визначати термін нагляду та ізоляції за контактними у вогнищі заражених шкірних, інфекційних захворювань;
- проводити обстеження, спостереження та ізолювання осіб, які контактували з хворими на заразні шкірні, венеричні та інфекційні захворювання, і термінову профілактику інфекційних хвороб;
- складати план протиепідемічних заходів у вогнищах інфекції;
- забезпечувати особисту гігієну під час роботи з хворими та інфікованим матеріалом;
- одягати і знімати протичумний костюм.

В умовах лікувально-профілактичних закладів з метою профілактики СНІД-інфекції, вірусних гепатитів, керуючись діючими наказами, інструкціями, методичними вказівками МОЗ України, вміти:

- застосовувати протиснідний набір;

— дотримуватись діючих наказів щодо профілактики СНІДу та вірусних гепатитів.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, використовуючи необхідні методи і засоби дезінфекції, вміти проводити поточну дезінфекцію при різноманітних інфекційних захворюваннях, заразних шкірних і венеричних захворюваннях.

2. Проведення протигельмінтних заходів.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, керуючись діючими наказами та інструкціями МОЗ України, вміти:

- скласти план заходів щодо профілактики гельмінтозів в організованих колективах;
- проводити санацію мікрочастинок гельмінтозів;
- здійснювати диспансерне спостереження до повного виліковування хворих і ліквідації осередків.

3. Спостереження за здоровими і перехворілим населенням та диспансерний нагляд.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, користуючись чинними наказами МОЗ України, з метою покращення стану здоров'я дорослого та дитячого населення, вміти:

- вести облік диспансерних груп населення;
- проводити перепис дитячого населення.

4. Проведення щеплень населенню.

З метою специфічної профілактики інфекційних хвороб в умовах поліклініки, дитячих дошкільних закладах і школах, користуючись медичним обладнанням та відповідними біологічними засобами, вміти:

- проводити планові щеплення;
- проводити щеплення за епідемічними показаннями;
- підготувати дитину до проведення профілактичних щеплень.

5. Проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, вдома, в громаді, з метою проведення санітарно-освітньої роботи серед населення, використовуючи засоби масової інформації, вміти:

- проводити роботу та консультації серед населення з питань профілактичної медицини, гігієнічного навчання, здорового способу життя, раціонального харчування та планування сім'ї;
- проводити пропаганду серед дитячого і дорослого населення з питань профілактики заразних шкірних та венеричних захворювань, СНІДу.

V. Організаційна.

1. Організація навчання молодшого медичного персоналу.

В умовах лікувально-профілактичних, дитячих закладів, враховуючи контингент пацієнтів, профіль роботи відділення, закладу, епідемічну ситуацію в закладі та в населеному пункті, вміти складати план занять та проводити навчання за санітарним мінімумом для молодшого та технічного персоналу.

2. Організація робочого місця.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, керуючись діючими наказами та нормативними документами МОЗ України, повинен вміти:

- вести відповідну документацію;
- облаштовувати робоче місце відповідно до профілю роботи, враховуючи техніку безпеки;
- дбати про справність медичного інструментарію, апаратури, предметів догляду, м'якого і твердого інвентарю;
- зберігати та вести облік медикаментів.

3. Контроль за роботою молодшого персоналу та станом інвентарю. В умовах лікувально-профілактичних закладів, відповідно до посадових обов'язків, з метою дотримання санітарно-протиепідемічного режиму, повинен вміти:

- контролювати роботу молодшого медичного персоналу;
- контролювати виконання правил внутрішнього розпорядку персоналом та пацієнтами;
- контролювати дотримання заходів санітарно-гігієнічного режиму в палатах та медичних кабінетах.

4. Забезпечення здорового мікроклімату в колективі.

Використовуючи принципи медсестринської етики та деонтології, правила міжособового спілкування, з метою створення сприятливого психологічного клімату, вміти:

- спілкуватись з пацієнтом та членами його сім'ї, медичним персоналом;
- вирішувати деонтологічні проблеми в процесі роботи з пацієнтом.

VI. Технічна.

1. Оформлення медичної документації.

В умовах лікувально-профілактичних закладів, користуючись чинними наказами, інструкціями, методичними вказівками МОЗ України, вміти заповнювати:

- лист медсестринської оцінки стану пацієнта;
- паспортну частину медичної картки амбулаторного хворого;

- паспортну частину медичної картки стаціонарного хворого;
- паспортну частину індивідуальної картки вагітної і породіллі та історії пологів;
- лист годування;
- контрольну картку диспансерного спостереження;
- талон на прийом до лікаря;
- статистичний талон для реєстрації заключних діагнозів;
- статистичну картку вибулого зі стаціонару;
- журнал реєстрації хворих, яких приймають на стаціонарне лікування;
- щоденник роботи медичної сестри (патронажної);
- термінове повідомлення в СЕС про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння.

Догляд за пацієнтом як лікувальний чинник.

Догляд за пацієнтом включає шість основних принципів: **безпека, конфіденційність, повага (підтримка почуття гідності), спілкування, незалежність і забезпечення інфекційної безпеки.**

Права пацієнта.

Слово "право" означає, що людина користується певними повноваженнями і це охороняється законом.

Перший кодекс прав пацієнта був прийнятий у 1972 р. у США. У 1981 р. Всесвітня Медична Асоціація (ВМА) прийняла "Лісабонську декларацію про права пацієнтів", де проголошують їх права на вибір лікаря (і обов'язково лікаря, який має фахову підготовку), на згоду або відмову щодо запропонованого лікування після одержання адекватної інформації, конфіденційність, гідну смерть, духовну або моральну розраду, у тому числі допомогу представника відповідної релігії. У 1995 р. ВМА в Балі (Індонезія) схвалила нову, розширену Декларацію про права пацієнтів.

Пацієнти мають право на повну інформацію про своє здоров'я, про всі аспекти запропонованих або проведених медичних втручань.

У Декларації спеціально підкреслюється, що пацієнт має право на інформацію про ризик, який супроводжує медичне втручання, і про наявні в арсеналі сучасної медицини альтернативні підходи. Тут говориться, що пацієнт має право на знайомство з медичною документацією, що відображає його здоров'я, а також на надання йому копій медичних документів (якщо це не зачіпає ще чийсь інтереси).

Інформація може бути прихована від пацієнта тільки у виняткових випадках, коли є обґрунтована причина вважати, що ця інформація, крім якого-небудь позитивного результату, завдасть пацієнту серйозної шкоди.

При прийнятті в заклади охорони здоров'я пацієнт повинен одержати відомості про особистість і професійний статус осіб, які надають

медичну допомогу, доглядають за ним, та про правила заведеного порядку, які він буде виконувати під час свого перебування і лікування.

Кожен пацієнт має право отримати таку медичну допомогу, яка б відповідала його потребам. Пацієнт має право вибирати і міняти свого особистого лікаря або іншу особу, яка надає допомогу, медичний заклад.

Пацієнт має право відмовитися чи проявляти вагання щодо медичного втручання. Коли він нездатний висловити свою волю, а медичне втручання потрібно провести терміново, можна допустити, що пацієнт згоден на його проведення, за винятком випадків, коли очевидно із попереднього волевияву, що в даній ситуації згоди не було б одержано.

Сестринський персонал зобов'язаний дотримуватися правил, а також моральних й етичних норм стосовно пацієнтів (табл.1.1), не завдаючи шкоди і використовуючи шість принципів догляду.

Повага і захист прав пацієнта.

Таблиця 1.1. Права пацієнта та їх забезпечення

Пацієнт має право:	Ви зобов'язані:
1	2
Знати свої права. Мати в письмовому вигляді перелік послуг, який оплачується або не оплачується страховими компаніями	Нагадати пацієнту зустрітися з керівником сестринського персоналу або соціальним працівником, щоб одержати примірник переліку прав і обговорити їх
На адекватний фаховий догляд і лікування; на повагу гідності і відсутність дискримінації незалежно від раси, статі, культури, сексуальної орієнтації, непрацездатності або діагнозу	Називати пацієнта по імені і по батькові. Пояснити, як і який догляд ви збираєтесь забезпечити. Одержати дозвіл на проведення догляду. Заохотити пацієнта до самодогляду
На задоволення своїх потреб	Максимально задовольняти потреби пацієнта. Передавати усі його побажання своїм колегам, які доглядають за ним
Одержувати інформацію про свій стан і про розпорядження лікаря (це називається <i>інформаційною згодою</i> і включає право на доступ до інформації про різноманітні засоби і методи лікування і догляду)	Заохочувати питання пацієнта
Знати вартість догляду в разі одержання платних медичних послуг	Направити пацієнта до соціального працівника або в розрахунковий відділ лікарні. Порадити йому і членам його сім'ї, щоб вони запитали лікаря про ціни. Надати преїскурант з розцінками
Відмовитися від догляду й одержати інформацію про те, що може трапитися в результаті відмови від лікування. Відмовитися від експериментального лікування	Запропонувати пацієнту додаткову (альтернативну) консультацію. Запропонувати прийти ще раз у більш зручний для нього час. Поговорити з керівником сестринської служби про зміни плану догляду. Разом із керівником змінити його так, щоб він відповідав вимогам пацієнта. Попросити керівника зустрітися з вашим підопічним і пояснити йому, що може трапитися, якщо він відмовиться від догляду,

1	2
Зберігати конфіденційність записів про свій клінічний стан і мати доступ до них	Не розголошувати інформацію про пацієнта при розмовах з людьми, які не мають до цього відношення. Показувати клінічні записи тільки особам, що мають до цього відношення
На вибір лікаря і сестринського персоналу	Повідомити керівництву про те, кому з медичного персоналу віддає перевагу пацієнт
Знати про стан свого здоров'я, одержувати поточну і повну інформацію про діагноз, лікування, альтернативи, ризик і прогноз	Заохочувати розмови пацієнта з керівництвом і лікарями
Мати інформацію про надані послуги, знати про частоту відвідування і брати участь у плануванні свого лікування і догляду за собою	Залучити пацієнта і членів його сім'ї до складання плану догляду (пам'ятайте, що інтереси пацієнта - насамперед)
Скаржитися і просити заміни послуг або співробітників, не зазначаючи погроз або дискримінації	Передати скаргу вашому керівництву, щоб змінити догляд, пристосовавши його до потреб пацієнта
Користуватися власним одягом і власними речами	Переконатися в тому, що пацієнт регулярно одержує чистий одяг
Вести власні грошові справи	Ніколи не приймати гроші або подарунки від пацієнта, за яким ви доглядаєте. Ніколи не обговорювати його фінансовий стан
Одержувати і відсилати нерозпечатану пошту	Доставляти пошту в нерозпечатаному вигляді. Запропонувати допомогти розпечатати або прочитати лист
Сповідувати свою релігію	Допомагати підопічному добиратися до місця релігійної служби. За вимогою пацієнта запросити до нього священнослужителя його віросповідання
Бути захищеним від образ	Доглядати за кожним із повагою його гідності. Повідомляти керівництву про випадки образ
Не бути обмеженим у руховій активності	Ніколи не застосовувати обмежень рухової активності без вказівки лікаря
Одержати письмове повідомлення про відміну догляду. Оскаржити подібне рішення	Нагадати пацієнту, що він має право на оскарження рішення і перегляд плану догляду
І на особисте життя і збереження конфіденційності	Одержати дозвіл на проведення догляду. Під час здійснення догляду тримати пацієнта накритим і ширму закритою. Запитувати дозволу відчиняти його ящики, тумбочки, шафи
Залишатися наодинці з чоловіком (дружиною)	Забезпечити умови для особистого життя. Допомогти пацієнту скласти план відвідувань

Система підвищення кваліфікації медичних сестер.

Система післябазової освіти медичних сестер у нашій країні забезпечується мережею постійно діючих курсів підвищення кваліфікації та чотирма училищами перепідготовки і підвищення кваліфікації. Метою післядипломного навчання є спеціалізація та підвищення кваліфікації медичних працівників, перепідготовка і вдосконалення (загальне або тематичне) теоретичних знань та практичних навичок для роботи за

певною спеціальністю, які оновлюються за змістом та підходами досить швидко. Тому система післядипломного навчання з січня 1998 року поповнилась новими організаційними видами, зокрема, очно-заочною формою, тривалістю від одного до кількох місяців за затвердженими МОЗ України програмами та циклами.

Працівники, які пройшли **курси** підвищення кваліфікації, мають переважне право на атестацію. Атестація медичних сестер проводиться з метою підвищення якості медичного обслуговування населення. До атестації допускаються медичні сестри зі стажем роботи не менше 5-ти років. Медичні сестри можуть мати першу, другу і вищу категорії.

1.2. ПОНЯТТЯ ПРО СТАНДАРТИ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ. ПОНЯТТЯ ПРО СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС

Медичні сестри тепер бачать своє головне завдання **в підтриманні здоров'я, попередженні захворювань та забезпеченні максимальної незалежності людини**. На сьогодні медсестринською наукою розроблено 3 напрямки забезпечення догляду пацієнтам:

1. Самообслуговування.
2. Патронажне обслуговування.
3. Професійне обслуговування та догляд (саме цей напрямок обслуговування потребує спеціальних знань та навичок кваліфікованої медичної сестри).

Усю практичну діяльність медичної сестри можна охарактеризувати певними стандартами (нормами) сестринської діяльності. **Стандарти — це положення, які визначають об'єм, цінність та якість діяльності**. Стандарти медсестринської практики — це опис того, якою в ідеальному варіанті повинна бути допомога і догляд медсестри. Стандарти медсестринської практики, як правило, виведено в окремий документ, вони не є складовою частиною жодного законодавчого акту, який обумовлює медсестринську діяльність. Їх можна вважати керівними положеннями для медсестер про те, як, допомагаючи пацієнту і доглядаючи за ним, досягти здійснення намічених завдань і сподівань пацієнта та медичної сестри.

Оскільки сестринська справа — це наука, то, як і будь-яка наука, повинна мати свої наукові теорії, які вивчають усі варіанти можливої поведінки медичних сестер у роботі з пацієнтами. **А якщо явище надто велике й абстрактне, тоді воно замінюється моделлю, що полегшує його вивчення й аналіз.**

Медична модель існує протягом сторіч, вона орієнтована на захворювання, коли зусилля лікаря спрямовані на постановку діагнозу і ліку-

вання патологічного стану. Вся його увага зосереджена на лошуку і лікуванні відхилень, дисфункцій і дефектів. Більшість видів діяльності лікаря — лікування, викладання або науково-дослідна робота так чи інакше спрямовані на різноманітні аспекти захворювань і хвороб.

Модель сестринської справи орієнтована на людину, а не на хворобу. Ця модель повинна бути пристосована до потреб пацієнтів, їхніх сімей і суспільства, надавати медичним сестрам широкий вибір ролей і функцій для роботи не тільки з хворими й вмираючими пацієнтами, але й зі здоровим населенням. Моделі сестринської допомоги відбивають реальність, дають можливість порівнювати різноманітні концепції сестринської справи протягом тривалого часу.

Наприклад, до XIX сторіччя сестринська справа була зведена до догляду за пацієнтом. Як правило, не було ніяких спроб активно вплинути на перебіг хвороби. Модель сестринської справи, що склалася в США наприкінці XIX — початку XX сторіччя, відбиває діяльність Флоренс Найтінгейл, яка вважала, що стан пацієнта можна поліпшити, впливаючи на навколишнє оточення. Для цього необхідне свіже повітря, тепло, світло, харчування і відповідна гігієна. Поступово ці чинники стали важливими для всіх, а не тільки для хворих. Це заклало фундамент профілактики.

Із розвитком медичної допомоги багато обов'язків лікаря стали переходити до медичної сестри (вимірювання температури, артеріального тиску, виконання ряду процедур і т.д.). Крім догляду за пацієнтом, сестра бере активну участь у реабілітації і профілактиці. У зв'язку з цим з'явилися інші моделі сестринської допомоги. У кожній моделі відбиваються світогляди і переконання медичних сестер, що займаються їх створенням.

На даний час у світовій практиці сестринської справи нараховується більше 30 концептуальних моделей сестринської допомоги. Вони містять такі основні положення: обстеження пацієнта, виявлення його проблем, встановлення сестринського діагнозу, планування сестринської допомоги, здійснення плану сестринських втручань і оцінка ефективності сестринського догляду.

Найбільше розповсюдження одержали 6 моделей: еволюційно-адаптаційна (Канадська Асоціація сестер), модель поведінкової системи (Джонсон), адаптаційна модель (Рай), модель дефіциту самогляду (Орем), вдосконалена оздоровча модель (Аллен), додатково-доповнююча (Хендерсон).

Еволюційно-адаптаційна модель розглядає пацієнта як особистість, індивідуум. Джерелом проблем пацієнта є дійсні або потенційні зміни в його житті, особливо в критичні періоди, що мають негативний вплив на стан здоров'я. Пріоритетним завданням сестри є надання допомоги пацієнту в досягненні і підтримці оптимального рівня здоров'я в критичні періоди життя. Тут сестра виступає в ролі наставника-координатора. Пред-

метом втручання медичної сестри є засоби адаптації пацієнта до навколишнього оточення під час змін, які відбуваються у його житті, які потребують зусилля, або змін для підтримки оптимального рівня здоров'я. Засоби втручання медсестри включають застосування різноманітних методів стимулювання пацієнта. Очікуваний результат — досягнення оптимального рівня здоров'я пацієнта в критичні періоди його життя.

Наступна **модель** розглядає пацієнта як поведінкову систему. Джерелом проблем пацієнта є функціональний і структурний стрес. Пріоритетна мета сестри в даній моделі — забезпечення рівноваги поведінкової системи і функціональної стабільності пацієнта. Медсестра виступає в ролі координатора і контролера. Предметом втручання сестри є механізми контролю і регуляції, а також вимоги, які висуваються до пацієнта. Засоби втручання — це дії, які попереджують, захищають, стримують і розслабляють пацієнта в ситуаціях функціонального або структурного стресу. Очікуваний результат — адекватна поведінка пацієнта у відповідь на стресову ситуацію. » ■

Адаптаційна модель розглядає пацієнта як людину, яка знаходиться в постійній взаємодії з оточуючим середовищем і пристосовується до нього за допомогою різноманітних адаптаційних засобів. Джерелом проблем пацієнта є дефіцит активності (пасивність) у результаті захворювання, яке є в нього. Пріоритетним завданням медичної сестри є навчання пацієнта адаптації до навколишнього оточення в період хвороби. Сестра виступає в ролі педагога-організатора. Предметом втручання є використання найрізноманітніших засобів стимулювання пацієнта до навчання, що полегшує пристосовування до навколишнього середовища. Засоби сестринського втручання й очікуваний результат — адаптація пацієнта в результаті доброго пристосування до умов, які змінюються.

Модель дефіциту самоогляду розглядає пацієнта як істоту, яка може здійснювати самообслуговування. Джерелом проблем пацієнта є дефіцит самообслуговування, тобто нездатність здійснювати турботу про себе. Пріоритетним завданням медсестри є створення умов для здійснення пацієнтом самоогляду для досягнення і підтримки оптимального рівня здоров'я. Сестра виступає в ролі вчителя і контролера. Предмет втручання — порушення виконання компонентів самоогляду. Засіб втручання — асистування. Очікуваний результат — досягнення пацієнтом оптимального рівня самообслуговування.

Вдосконалена оздоровча модель Аллен — розглядає пацієнта не як окремо взятого індивідуума, а як людину, яка входить до складу сім'ї. Кожний пацієнт розглядається через «сімейний фільтр», визначається як вплив сім'ї на нього, так і вплив окремого індивідуума на сім'ю. Проблема пацієнта розглядається як проблема всієї сім'ї. Це — проблема групи людей, тому її першопричини вишуковуються в середовищі сім'ї. Сестра висту-

пає в ролі вчителя. Предметом є втручання в сім'ю пацієнта. Сім'я — одиниця, на яку спрямована увага, зусилля і діяльність. Засіб втручання — навчання відбувається в сімейному середовищі, бо саме сім'я виступає найпершим комунікаційним середовищем для пацієнта. Очікуваний результат — сім'я в цілому повинна стати активним учасником і співпрацювати в процесі покращення здоров'я хворого члена сім'ї.

Додатково-доповнююча модель розглядає пацієнта у нерозривній єдності з його потребами, які людина повинна задовольнити для повної гармонії в цивілізованому суспільстві. Ця модель рекомендована Європейським регіональним бюро ВООЗ для медичних сестер Європи. Вірджинія Хендерсон виділяє 14 потреб людини:

1. Дихання.
2. Харчування та споживання рідини.
3. Фізіологічні відправлення.
4. Рухова, активність.
5. Сон і відпочинок.
6. Здатність вдягатись та роздягатись.
7. Температура тіла та можливість її регулювання.
8. Здатність підтримувати особисту гігієну.
9. Здатність забезпечити свою безпеку.
10. Спілкування.
11. Можливість дотримуватися звичаїв та обрядів згідно з віросповіданнями.
12. Працездатність, задоволення працею.
13. Захоплення, відпочинок.
14. Знання про здоровий спосіб життя та потреба в отриманні інформації.

Пріоритетним завданням сестри є надання допомоги пацієнту для гармонійного забезпечення всіх потреб. Сестра виступає в ролі наставника і вчителя. Предмет втручання — порушення однієї з потреб. Способи втручання і очікуваний результат — гармонійне задоволення потреб, яке значною мірою визначається віковими особливостями.

Вікові особливості поведінки людини.

Вчені виділили вісім основних етапів росту і розвитку людини: дитинство, ранній дитячий вік, дошкільний вік, молодший шкільний вік, юнацький вік, молодий дорослий вік, середній і похилий вік (табл. 1.2). Кожна стадія росту характеризується певним типом поведінки. У той же час важливо не плутати "паспортний вік" із "стадією розвитку", тому що не існує точного часу, коли людина може або повинна щонебудь робити.

Таблиця 1.2. Характеристика стадій росту і розвитку людини

<p>Стадія 1. Дитинство (від народження до 1 року). Народжені діти вже росли і розвивалися в матці матері з моменту зачаття близько 9 місяців. При народженні вони називаються новонародженими, а з місяця - немовлятами, що означає першу офіційну стадію росту і розвитку - дитинство.</p>	
<p>Сфера змін <u>Характеристика стадії росту і розвитку</u></p>	
Фізична	<p>Потроєє масу тіла, збільшує свою довжину майже на 25 см. Починає керувати рухами тіла: піднімає голову, тримає і кидає предмети, кладе їх у рот; перевертається, сідає, плазує, робить перші кроки із сторонньою допомогою; <u>стоїть в рік. Прорізування зубів і приймання твердої їжі починаються з 6 місяців.</u></p>
Соціальна і емоційна	<p>Плаче, щоб дати про себе знати. Починає посміхатися між 1 і 3 місяцями. Впізнає тих, хто за нею доглядає, й довіряє їм у 6 місяців. Плаче, побачивши чужих, у 7 місяців.</p>
Пізнавальна	<p>Використовує зір, слух, дотик для вивчення світу, розрізняє запах і смак. Віддає перевагу спогляданню яскравих кольорів, чітких ліній. Добре бачить у 2 місяці. Стежить очима за об'єктами, які рухаються, у 3 місяці. Досліджує за допомогою <u>пальців і рота в 5 місяців. Може сказати декілька коротких слів у 1 рік.</u></p>
<p>Стадія 2. Ранній дитячий вік (від 1 до 3 років). На початку цієї стадії дитина не дуже твердо стоїть на ногах. До свого першого дня народження багато дітей ще не в змозі стояти самостійно. Проте до трьох років ті ж самі діти бігають, стрибають, самостійно їдять і вдягаються, розмовляють реченнями.</p>	
<p>Сфера змін <u>Характеристика стадії росту і розвитку</u></p>	
Фізична	<p>Звичайно дитина починає ходити самостійно до 15 місяців. Робить багато рухів, які потребують координації великих м'язів ніг: бігає, стрибає. Грається іграшками. Має від 6 до 12 молочних зубів і їсть звичайну їжу. Вчиться користуватися туалетом; їсть, п'є і вдягається з невеличкою допомогою або без неї. <u>Протягом дня дитина часто потребує відпочинку.</u></p>
Соціальна і емоційна	<p>Любить гратися одна або поруч з іншою дитиною. Не любить, коли її сварять або карають. Вчиться бути незалежною. Проявляє гнів, коли її бажання не задовольняються. Може боятися залишатися наодинці.</p>
Пізнавальна	<p>Дитина добре відгукується на мову дорослих. Показує предмети, названі дорослими. Виконує прості вказівки, які даються повільно і чітко. Починає з'єднувати слова разом, об'єднуючи їх в короткі фрази. Розуміє, що предмет, забраний із поля зору, продовжує існувати. Любить сама вибирати вид <u>діяльності, іграшки.</u></p>
<p>Стадія 3. Дошкільний вік (від 3 до 5 років). Дошкільники здаються іноді схожими на дорослих у мініатюрі. Майже усе можуть робити для себе самостійно, мають друзів, можуть ходити в ясла або дитячий садок, уміють підтримувати цікаву бесіду і проводять багато часу, "намагаючись бути дорослими". Проте вони усе ще бачать світ очима маленьких дітей, мають багату уяву і бояться того, чого не може бути.</p>	

Сфера змін	Характеристики стадії росту і розвитку
Фізична	Дошкільники вдосконалили великорухові навички. Більше контролюють дрібні рухи, такі, як малювання. Об'єднують декілька рухових навичок в одну дію. Роблять багато чого з самообслуговування: одягаються, їдять, користуються туалетом, миють руки і вмиваються.
Соціальна і емоційна	Мають чіткі уявлення про себе. Реагують на судження батьків і інших дорослих про них. Більш незалежні і самостійні, ніж в ранньому дитинстві. Легко граються з іншими дітьми, люблять групові ігри. Спостерігають і наслідують дорослих. Люблять усталений порядок і можуть почувати себе невпевнено, якщо розпорядок дня змінюється занадто часто.
Пізнавальна	Знають багато імен людей і назв місць і речей. Швидко вивчають нові слова. Можуть читати декілька слів, починаючи з 5 років. Рахують і люблять розпізнавати предмети з номерами. Групуєть однакові предмети. Відокремлюють не схожі з іншими об'єкти. Мають тверду самостійну точку зору й іноді не в змозі зрозуміти точку зору інших.
Стадія 4. Молодший шкільний вік (від 5 до 12 років). Дошкільники і школярі мають різні розміри тіла і типи статури і поведяться дуже по-різному. Розвиваються навички та форми поведінки. Оскільки немає двох дітей з однаковим досвідом, ведуть вони себе по-різному.	
Сфера змін	Характеристика стадії росту і розвитку
Фізична	Ростуть рівномірно у довжину та ширину. Фізично добре координовані. Використовують великі м'язи для ігор і спорту, їзди на велосипеді і танців. Розвивають м'язовий тонус, почуття рівноваги, силу і витривалість. Використовують дрібні м'язи для письма, малювання й майстрування та рукоділля. Дівчатка входять у фазу статевого дозрівання приблизно з 10 до 12 років, хлопчики з 12 до 14 років.
Соціальна і емоційна	Починають формувати тривалі приятельські взаємостосунки. Утворюють маленькі групи, в які не допускають інших дітей, особливо протилежної статі. Більше часу проводять без батьків. Починають розуміти, що інші люди теж мають почуття. Мають багато емоцій, які іноді важко висловлюють. У період статевого дозрівання часто спостерігаються кардинальні зміни настрою.
Пізнавальна	Спроможні довше концентрувати увагу, довше пам'ятати і виконувати більш складні вказівки. Думають логічно і приймають рішення щодо "реального" світу. Здатні перетворити нову інформацію. Можуть задавати питання і чинити опір рішенням дорослих.
Стадія 5. Юність (від 12 до 20 років). У юнацький період діти поступово набувають фізичних і психічних змін, соціального і емоційного досвіду, які необхідні для дорослого життя. Особливо бурхливий розвиток відбувається в період статевого дозрівання (пубертатному віці) - з 10 до 16 років у дівчат і з 12 до 18 років - у хлопців.	
Сфера змін	Характеристики стадії росту і розвитку
Фізична	Досягають репродуктивної зрілості, спроможні мати дітей. У дівчат груди збільшуються до дорослого розміру, розширюються стегна, з'являється лобкове і пахове оволосіння, близько 12 років починаються менструації. У юнаків до дорослих розмірів виростає статевий член і яєчка, починаються ерекції та еякуляції, з'являється лобкове оволосіння і волосся на обличчі, грубішає голос, збільшується грудна клітка і плечі. На початок цього періоду дівчата, як правило, вищі від юнаків того ж віку, а наприкінці - навпаки.
Соціальна і емоційна	Через надзвичайно швидкі зміни у своєму організмі почувують себе ніяково серед батьків і чужих. Соромляться, роздягаючись перед дорослими або при розмовах про тіло, ріст і статеве дозрівання. Часто протестують проти авторитету дорослих.

Пізнавальна	Логічно мислять. Мають справи з абстрактними або конкретними поняттями. Планують своє майбутнє. Приймаючи рішення, уявляють собі альтернативи, що робить прийняття рішення більш тривалим. Починають судити про себе більш реально і критично. Намагаються змінити свою зовнішність. Часто придумують ідеальний світ та ідеалізують себе. Можуть ставити перед собою нереальні завдання. Набувають досвіду сексуальних стосунків.
Стадія 6. Молоді дорослі роки (від 20 до 45 років). Для більшості молодих дорослих ці роки наповнені починаннями: вони починають жити самостійно, окремо від батьків, починають кар'єру. Починають активні сексуальні стосунки, одружуються або живуть з партнером. У багатьох пар і деяких самотніх людей народжуються діти.	
Сфера змін	Характеристики стадії росту і розвитку
Фізична	До 23 років завершується розвиток усіх функцій організму. Більшість жінок цілком формуються до 17 років, близько 10 % продовжують рости до 21 року. Більшість чоловіків цілком виростає до 21 року, 10 % продовжують рости до 23 років. Досягає піку м'язова сила між 25 і 30 роками, а потім вона починає зменшуватись. Найкраще дрібні рухові навички розвиваються приблизно до 35 років, після чого вони зменшуються. Найбільш гострі відчуття формуються до 20 років, потім вони поступово притуплюються. Є найбільш здоровою частиною населення. Видужують швидше. У жінок циклічно відбуваються дозрівання яйцеклітин і менструації, вони можуть виношувати дітей.
Соціальна і емоційна	Встановлюють тривалі і близькі стосунки з друзями й партнерами. Приймають зобов'язання (більшість чоловіків і жінок одружуються до 30 років). Багато дорослих людей стають батьками, хоча частина людей свідомо не хочуть мати дітей. Формується соціальна зрілість.
Пізнавальна	Набувають основних професійних навичок. Завершують здобуття освіти. Визначаються у професійному і кар'єрному плані. Формується життєвий досвід. Мають розвинуті моральні устої.
Стадія 7. Середні дорослі роки (від 45 до 65 років). Люди в цьому віці відчують задоволення або невдоволення собою, пожинаючи плоди того, що вони розпочали в 20-30-річному віці, їхня кар'єра часто знаходиться на самому піку, діти вже дорослі, фінансів може бути достатньо, щоб дозволити собі краще дозвілля, а здоров'я і життєві сили ще суттєво не зменшились. Для багатьох людей середній дорослий вік - найкращі роки їхнього життя.	
Сфера змін	Характеристики стадії росту і розвитку
Фізична	Може занедужати на хронічну хворобу. Дещо втрачається чутливість. Дещо зменшується фізична сила і координація. Жінки проходять через клімакс між 45 і 55 роками. Репродуктивна функція та статеві потреби (особливо в жінок) знижуються.
Соціальна і емоційна	Починають почувати занепокоєння перед старінням і усвідомлювати, що смертні і помруть. Почувають більше задоволення від роботи. Коли діти виростають і починають жити самостійно, жінка може стати пригніченою, але може, навпаки, відчувати задоволення від нової свободи.
Пізнавальна	Це найбільш творчий період життя. Збільшують свої пізнавальні можливості і мають високий інтелектуальний рівень. Можуть почати оволодівати новими професійними навичками або здобувати ще одну освіту.
Стадія 8. Похилий вік (від 65 і більше). Хоча більшість людей похилого віку ведуть здоровий, продуктивний спосіб життя, бути старим часто виявляється небажаним привілеєм і мало хто хоче визнати себе старим.	

Сфера змін	Характеристики стадії росту і розвитку
Фізична	Частіше хворіють на хронічні захворювання. Відчувають зниження зору, втрату нічного зору, втрачають відчуття глибини і чіткості колірною сприйняття. Відчувають деяку втрату слуху і зниження відчуття запаху і смаку. Мають менше сил і ослабле почуття рівноваги, схильні до нещасних випадків і падінь. Стають помітно нижчими через "ущільнення" міжхребцевих дисків хребта. Гірше пристосовуються до перепаду температури та інших кліматичних змін.
Соціальна і емоційна	Можуть розцінювати старість як позитивне явище і відчувати підвищену енергію, продуктивність і творчість, хоча негативне ставлення молодших поколінь робить цю стадію менш приємною. Можуть мати сильне бажання наполягати на своїй волі і мають велику прихильність до знайомих речей. Можуть сильніше усвідомлювати час і життєвий цикл. Можуть бути менш упевненими і менш самолюбивими через втрату близьких, посад, фізичних чуттєвих можливостей. Можуть бути більш сформованою особистістю із визначеними цінностями; продовжують відчувати потребу в дружбі й інших взаємовідносинах. Можуть мати потребу в спілкуванні з домашніми тваринами. Продовжують сексуальне життя, якщо були сексуально активними.
Пізнавальна	Звичайно зберігають інтелектуальні можливості, хоча можуть аналізувати інформацію не так швидко. Рішення приймають сповільнено. Спроможні засвоїти нову інформацію і попі навички, але потребують для цього більше часу. Можуть відчувати деяке погіршення пам'яті через такі зовнішні умови, як приймання ліків, а також фізичних та емоційних причин, таких, як погане харчування, депресія або хвороба.

Залежність поведінки від основних життєвих потреб людини.

Щоб жити, бути здоровими і щасливими, люди мають певні потреби, наприклад, такі, як їжа, сон і повітря. Це — людські потреби. Як задовольняються ці потреби, залежить від людини.

Багато років тому знаменитий американський психолог Абрам Маслоу вивчав почуття і поведінку людей. Він присвятив багато років тому, щоб дізнатися, що потрібно людям для того, щоб бути щасливими і здоровими. Теорія Маслоу — тільки одна з теорій про потреби людини, яка пояснює частково те, як разом з іншими мотивами потреби спрямовують поведінку людей. Деякі положення його теорії подані на рисунку (рис. 1.1). Маслоу встановив, що в людей є потреби різних рівнів — від фізіологічних до соціальних. Перед тим, як люди зможуть думати про потреби вищого рівня, їм необхідно задовольнити потреби нижчого порядку, тобто фізіологічні потреби.

Коли люди борються за задоволення своїх фізіологічних потреб, вони залишають потреби вищого рівня на другому плані. Наприклад, ви можете якось прийти на лекцію чи збори, почувавши себе дуже втомленим. Ви можете заснути, якщо потреба в сні стане досить великою. Вас може турбувати те, що ваша поведінка роздратує лектора чи керівника, але фізіологічна потреба переважає над потребою соціальною (у даному випадку — потребою у схваленні).

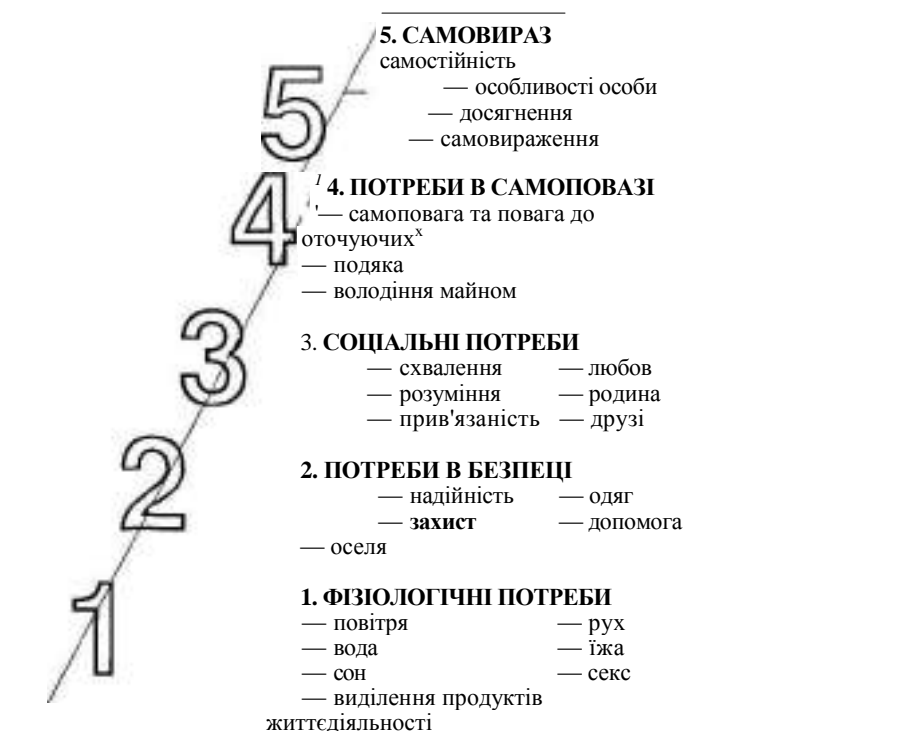


Рис. 1.1. Ієрархія людських потреб (за А. Маслоу).

Фізіологічні потреби.

Фізіологічні потреби складають найважливіші потреби людини і є життєво необхідними. Найбільш важливими фізіологічними потребами є дихання, їжа, вода, рух, можливість виділяти продукти життєдіяльності, спілкування з людьми (табл. 1.3). Людина має ще одну важливу потребу — сексуальну. Сексуальні потреби не припиняються навіть

Таблиця 1.3. Задоволення фізіологічних потреб

Щоб допомогти задовольнити потребу:	Ви можете:
У повітрі	Провітрити кімнату, підняти узголів'я ліжка
У їжі	Принести їжу, перевірити її температуру, допомогти поїсти
У воді	Налити воду в склянку, допомогти підопічному її випити
У виділенні продуктів життєдіяльності	При нетриманні - навчити підопічного користуватися прокладками, памперсами, сечоприймачем, подати судно або сечоприймач
У сні	З'ясувати причину порушення сну. порекомендувати змінити режим дня
У русі	Допомогти підопічному пересуватися, допомогти робити призначені лікарем вправи
У дотику	Підійшовши до підопічного, взяти його за руку, заглянути в очі. Порадити членам сім'ї не уникати фізичного контакту і частіше обіймати його
У сексі	Не порушувати усамітнення підопічного

тоді, коли люди досягають певного віку чи хворіють. Людям не потрібно задовольняти свої сексуальні потреби щоденно, але, як потреба у їжі і воді, сексуальні потреби присутні завжди.

Хоча фізіологічні потреби в усіх людей однакові, вони відчують їх не одночасно. Одна людина може бути голодною і потребувати їжі, у той час як інша потребує їжі, але відчуває нудоту і не хоче їсти.

Потреба в безпеці.

У людей, чії фізіологічні потреби задоволені, з'являється потреба в безпеці (другий рівень потреб). Для більшості людей безпека означає захищеність і зручність. Ми всі потребуємо притулку, одягу, спілкування з надійною й близькою людиною, яка може допомогти. Таблиця 1.4 містить деякі приклади того, як можна допомогти підопічним почувати себе безпечно.

Таблиця 1.4. Задоволення потреби в безпеці

Щоб допомогти задовольнити потребу:	Ви можете:
У надійності	Зафіксувати гальма крісла-каталки, коли воно стоїть на місці, навчити підопічного користуватися поручнями і ходунками при пересуванні по кімнаті. Опустити ліжко вашого підопічного на максимально низький рівень. Переконайтеся, що людина наділа окуляри, якщо в цьому є необхідність
У захисті	Частіше перевіряти, чи не потребує чого-небудь людина, яка не здатна рухатися самостійно
У притулку	Закрити двері в кімнату людини, яка бажає усамітнення. Якщо вдома в неї холодно, спробуйте з'ясувати причину і сповістити про це відповідні інстанції
В одязі	Переконайтеся, що підопічний одягнений відповідно до іюгодних умов
У допомозі	Тримати двері підопічного відкритими, щоб він у випадку потреби міг вас покликати

Соціальні потреби.

Коли повною мірою задоволені потреби в безпеці, люди починають піклуватися про свої соціальні потреби (третій рівень потреб). Не варто забувати при цьому, що, навіть бажаючи задоволення своїх соціальних потреб, людина в першу чергу потребує задоволення як фізичних потреб, так і потреби в безпеці.

Більшість людей потребує того, щоб їх любили і розуміли як окремі індивідууми, так і цілі колективи. Ці потреби в любові і розумінні є соціальними потребами. Ніхто не хоче, щоб його ігнорували, ніхто не хоче почувати себе покинутим, нелюбимим або самотнім. Таблиця 1.5 містить декілька, на перший погляд незначних, але важливих зауважень, які дають уявлення про те, що можна зробити для того, щоб задовольнялися соціальні потреби підопічних.

Хвора, немічна або стара людина може бути самотньою. Старим або хворим людям здається, що всі інші здорові, міцні і молоді, а це

Таблиця 1.5. Задоволення соціальних потреб

Щоб допомогти задовольнити потребу:	Вії можете:
У схваленні	Якомога частіше давати позитивну оцінку вчинкам та діям вашого підопічного, хвалити та підбадьорювати його
У розумінні	Знайомити людей. Розмовляти приязно. Вислуховувати людей із щирим інтересом
У приязні	Посміхатися людям і обіймати їх
У любові	Дати відчуття людині, що вона для вас значить
У сім'ї і друзях	Порадити членам сім'ї і друзям відвідувати ваших підопічних настільки часто, наскільки це можливо. Посприяти тому, щоб ваш підопічний спілкувався і був із людьми, які йому подобаються

ускладнює пошуки нових друзів і реалізацію соціальних можливостей. Тому роль сестри у задоволенні соціальних потреб підопічних винятково важлива.

Потреба в повазі і самоповазі.

Люди із задоволеними соціальними потребами можуть бути зацікавленими в задоволенні потреби в повазі (четвертий рівень потреб). їм не тільки потрібна повага інших, але також важливо думати про себе з почуттям поваги і задоволення. У той же час задоволення їх фізіологічних і соціальних потреб, а також потреби в безпеці, залишаються насущними проблемами.

Хворі, немічні і старі люди перестають відчувати, що вони комусь потрібні. Вони не можуть думати про себе з почуттям задоволення, тому що не можуть робити того, що робили раніше. Таблиця 1.6 містить приклади засобів, які допоможуть вам довести підопічним, що вони важливі для вас, і сприяти формуванню самоповаги.

Підопічні часто не мають можливості одержати задоволення від успіху. Медична сестра повинна допомогти їм у цьому, помічаючи їхні маленькі досягнення.

Потреба в самовираженні.

Люди, чиї потреби в перших чотирьох рівнях задоволені, можуть мати потребу у самовираженні. Самовираження означає, що людина пишається собою від того, що втілила одну із своїх ідей в реальність, від того, що, вклавши частинку душі усвою працю, бачить її результати.

Кожна людина повинна прагнути самовираження. Єдиний спосіб допомогти їй у цьому — це сприяти задоволенню потреб інших чотирьох рівнів. Абрам Маслоу, розмірковуючи про рівні потреб людей, називав самовираження найвищим із них. Коли люди задовольняють свою потребу у самовираженні, вони вірять, що роблять те, що найкраще вміють. Наприклад, людина може вважати, що вона себе виразить, написавши книгу, лікуючи людей чи тварин, виховуючи дітей чи забез-

Таблиця 1.6. Задоволення потреби в самоповазі і повазі навколишніх

Щоб допомогти задовольнити потребу:	Ви можете:
У заохоченні	Заохочувати людину, обійнявши її, потиснувши їй руку або іншим способом, прийнятним для неї. Привітати і похвалити її, коли їй щось вдасться
У повазі	Правильно називати ім'я та по батькові людини, розмовляючи з нею. Уважно вислухати її. Дати зрозуміти, що те, про що вона говорить, важливо для вас
У самоповазі	Допомогти людині зробити щось для себе і відчутти незалежність. Заохотити її згадати й розповісти про той час, коли вона користувалася великою повагою
В успіху	Допомогти людині поділитися своїми успіхами з іншими. Похвалити її, якщо ви помітите досягнення в тому, що вона намагається зробити
У володінні майном	Сказати комплімент із приводу одягнутого пацієнтом одягу, особливо якщо ви знаєте, що він подобається йому

печуючи добрий догляд за людьми. Оскільки кожна людина проявляє себе по-різному, досвід самовираження людей буде різним. Проводячи бесіду зі своїми пацієнтами, медична сестра може допомогти їм, заохочуючи їх до розмови про потребу у самовираженні.

Знаючи рівні потреб пацієнтів, медична сестра може краще доглядати за ними, розуміти їх.

Вплив сексуальності на поведінку людини.

Сексуальність, будучи комплексним поняттям, включає чуттєвість, інтимність, сексуальну орієнтацію, репродукцію.

Чуттєвість. Спроможність людини одержувати задоволення від того, як вона виглядає, сприймає світ, називається чуттєвістю. Чуттєвість дає можливість людям усвідомлювати свою привабливість, коли вони дивляться на себе в дзеркало. Вона дозволяє їм відчувати задоволення, коли вони доторкаються до певних частин свого тіла. Чуттєвість також уможливорює зняття сексуальної напруги шляхом досягнення оргазму.

Чуттєвість дозволяє людині також відчувати задоволення від дотику до тіла іншої людини і навпаки. Це те, що робить одну людину привабливою для іншої.

У роботі медичної сестри важливо звертати увагу на прояви чуттєвості, допомагаючи людям в індивідуальному догляді: миття, одягання, зачісування. Залежно від того, як вони відчують себе, вони можуть і поводитися по-різному.

Частиною здорової сексуальності людини є добре ставлення до свого тіла. При догляді за людиною важливо: помічати будь-які зміни зовнішності, навіть нову сорочку або стрижку, і робити вашим підопічним компліменти з приводу їх зовнішнього вигляду; цікавитися, що він хоче

одягнути, і заохочувати його вибирати одяг і взуття; звертати увагу на привабливі риси людини — її посмішку або сяючі очі, — яких не в силах змінити ні хвороба, ні вік.

Медичні сестри повинні бути уважні до підопічних, які почувають себе не комфортно через зміну своєї зовнішності в зв'язку з хворобою, інвалідністю, фізичними вадами або старістю. Необхідно допомагати такій людині не звертати уваги на свої фізичні вади і робити акцент на її духовних якостях.

Медичній сестрі також треба усвідомлювати, що дехто з людей торкається своїх геніталій, щоб досягти оргазму й одержати сексуальну розрядку. Це називається мастурбацією. Деякі з ваших підопічних вважають мастурбацію прийнятною. Вони можуть потребувати для цього залишитись на самоті. Яке б не було особисте ставлення медичної сестри до мастурбації, забезпечення усамітнення є проявом поваги і засобом збереження власної гідності вашого підопічного.

Іноді людина, за якою здійснюється догляд, може виявитися фізично або сексуально привабливою для медичної сестри і навпаки. Виконуючи свої обов'язки, медичні сестри повинні адекватно реагувати на такі почуття. Якщо медична сестра впевнена, що пацієнт має стосовно неї сексуальні наміри, вона повинна рішуче, але м'яко відмовити йому. Вона може сказати що-небудь на зразок: "Ви справді подобаєтеся мені як людина, але не треба так доторкатися до мене". Або: "Мені приємно доглядати за вами, але мені незручно, коли ви так розмовляєте зі мною". Або по-іншому: "Будь ласка, не робіть цього більше".

Медична сестра повинна дати людині зрозуміти, що вона не припускає сексуальних стосунків, але що він (або вона) їй, проте, подобається.

Медсестра повинна бути уважною, щоб не прийняти за сексуальний потяг щось, що тільки зовнішньо нагадує це. Наприклад, коли медсестра купає або підмиває чоловіка, у нього може настати ерекція. Це не обов'язково означає, що медсестра збуджує його або він думає про неї у сексуальному плані.

Ерекція — нормальне явище, що відбувається у хлопчиків-підлітків, юнаків або чоловіків з багатьох причин. Ерекція може означати, що в пацієнта повний сечовий міхур, або він думає про щось сексуально хвилююче, або відчуває задоволення. Медсестра може зникнути, якщо у підопічного ерекція, але і він теж може зникнути. Щоб розрядити ситуацію, треба заговорити про що-небудь стороннє або, не загостріючи на цьому уваги, продовжувати свою роботу.

Інтимність. Потреба і спроможність відчувати близькість іншої людини і викликати взаємність називається інтимністю.

Інтимність — це всі ті добрі почуття, котрі люди відчувають один до одного, такі, як симпатія, любов, почуття близькості і турбота. Щоб виразити близькість, люди можуть цілуватися, обійматися, пестити один одного, триматися за руки. Інтимність не завжди включає сексуальні стосунки.

Крім того, медичні сестри повинні з повагою ставитися до інтимних відносин підопічного. Багато хто соромиться просити сприяння в створенні інтимних умов для себе і своїх партнерів. У цьому випадку медсестрі слід, йдучи, казати, коли повернеться, завжди стукати в двері і не входити, не дочекавшись відповіді.

Сексуальна орієнтація. Те, як людина виявляє свою сексуальність, включаючи усвідомлення своєї чоловічої або жіночої статі, називається сексуальною орієнтацією. Сексуальна орієнтація може бути неоднозначною. Уявімо її собі як три елементи мозаїки, що треба скласти разом. Цими трьома елементами є: 1) усвідомлення себе чоловіком або жінкою; 2) прийняття сексуальної поведінки чоловіка або жінки; 3) визначення того, чи приваблюють особу люди протилежної статі, тієї ж статі або ті й інші.

Більшість дітей дізнається, якої вони статі, до двох років, розглядаючи своє тіло. Підлітки та молоді люди усвідомлюють, як повинні поводитися чоловік або жінка, спостерігаючи за своїми близькими і оточуючими. Сім'я і суспільство в цілому виробили суворі "правила" відносно того, що повинні і чого не повинні робити чоловіки і жінки. У деяких народів традиційно заклалось, чи повинні працювати жінки, чи повинні плакати чоловіки, чи можуть жінки займатися деякими видами спорту, а чоловіки або жінки — певними професіями.

Дехто вважає, що тільки жінки повинні доглядати за хворими.

Людину може приваблювати особа протилежної статі, тієї ж статі або і ті, і інші. Людину, яку приваблюють особи протилежної статі, називають гетеросексуалом, а людину, яку приваблюють особи її статі, називають гомосексуалом (деякі говорять "голубий" або "блакитний", якщо мова йде про потяг чоловіка до чоловіка, або — "лесб'янки", якщо потяг одна до одної відчувають жінки). Людей, яких приваблюють особи обох статей, називають бісексуалами.

Близько 10 % людей на Землі приваблюють тільки особи тієї ж статі. Це означає, що гомосексуалісти є меншістю. Деякі люди можуть не розуміти гомосексуалістів, так само як останні можуть не розуміти бісексуалів або гетеросексуалів. Вони можуть уникати спілкування з ними, можуть навіть бажати заподіяти їм шкоди. Це називається дискримінацією.

Медичні сестри доглядають за різними людьми, включаючи і гомосексуалістів. Проте, незалежно від того, що ви як фахівець дізналися

про гомосексуальність підопічного і як би ви не ставились до "блакитних" і "лесбіянок", ви повинні обслуговувати усіх людей з однаковою повагою й увагою, хоча можете відчувати здивування, спостерігаючи інтимну поведінку, наприклад, обійми і поцілунки людей однієї статі. Думка медичної сестри повинна відійти на другий план, коли мова йде про інтереси підопічного.

Репродукція. Фізичні й емоційні аспекти вагітності, народження дітей, а також попередження небажаної вагітності є частиною процесу репродукції. Статевий акт — також частина репродуктивного процесу, так само, як ріст і розвиток зовнішніх та внутрішніх статевих органів під час статевого дозрівання.

Ставлення до сексу розвивається відповідно до того, які думки з цього приводу висловлюються в сім'ї, у колі друзів, у школі, і яку інформацію людина одержує через засоби масової інформації.

Професійна діяльність медичної сестри вимагатиме від неї виконувати гігієнічний догляд за статевими органами пацієнтів. До цього медсестри повинні ставитись, як до природного фізіологічного процесу, і подолати ніяковість, якщо вона виникне.

Крім цього, медичним сестрам доведеться брати участь у санітарно-освітніх заходах для підлітків і молоді з проблем попередження ВІЛ/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом, небажаної вагітності та інших аспектів планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я.

Використання сексу або сексуальності для впливу на інших людей називається сексуалізацією. Сексуальні образи, такі, як згвалтування і кровозмішання, є крайніми формами сексуалізації. Однією з форм сексуалізації, яка трапляється на роботі, є сексуальне переслідування або сексуальні домагання. Сексуальне переслідування найчастіше спрямоване на жінок і рідше на чоловіків. Вплив на осіб похилого віку та інвалідів, коли їм відмовляють у праві на сексуальне життя, називається сексуальним пригніченням. Наприклад, це може проявитись безпідставною відмовою закрити двері, щоб забезпечити самотність для сексуальної активності людини.

Вплив культури на поведінку.

Культура — це сукупність того, у що людина вірить (релігія), що вона вважає прийнятними соціальними формами (поведінка і цінності), і того, як вона самовиражається через матеріальні предмети (їжа, одяг, мистецтво і музика). У міру того, як у сім'ї або групі людей засвоюються ці культурні реалії, вони стають звичаями. Сім'я передає ці звичаї з покоління в покоління, і тоді вони перетворюються в традиції.

Люди, чий батьки, бабусі і дідусі, прабабусі і прадідусі народилися в інших регіонах або країні, можуть намагатися зберегти усі або деякі

традиції і цінності своєї батьківщини. Культура, в оточенні якої люди народжуються — це їхня спадщина, або успадкована культура. У всіх людей є національна або сімейна спадщина, яка об'єднує їх за допомогою спільної мови, звичаїв та обрядів предків або релігії.

Успадкована нами культура допомагає людині зрозуміти, хто вона, і усвідомити її місце в суспільстві. Разом із середовищем, яке нас оточує, наша культура визначає її ставлення до чоловічої або жіночої статі, до молодості, дорослішання, вступу в шлюб, старості, хвороб і смерті. Наш спосіб мислення може здаватися їй єдино зручним і "правильним". Проблеми можуть виникати, коли вона усвідомила різницю між її культурою і культурами інших людей. Іноді ці відмінності лякають людей, і вони вирішують, що їх бачення світу правильне, а інших — ні.

Доглядаючи за людьми, які, можливо, успадкували іншу культуру, медсестри повинні приймати і шанувати їхні культурні традиції і не виносити своїх суджень про неї. Культура, успадкована медсестрами і ними, може бути різною, але це не означає, що хтось один правий, а інший — ні. Необхідно уявити іншу культуру як ще одну кольорову нитку, вплетену в багатобарвне полотно, яке складає орнамент наглого суспільства.

Всі люди різні, і навіть належачи до однієї культури, можуть мати різні вірування.

Необхідно пам'ятати дві речі: те, що наш світ різноманітний і складається з сукупності людей і культур, і те, що культура кожної людини важлива для неї.

Сестринський процес.

Одним з основних і невід'ємних понять сучасних американської і західноєвропейської моделей сестринської справи є **сестринський процес**. Ця реформаторська концепція народилася в США в середині 50-х років і за наступні десятиліття її апробації в клінічних умовах цілком довела свою доцільність. На даний час сестринський процес є основою сестринської допомоги.

Сестринський процес — це метод науково обґрунтованих і здійснюваних на практиці медичною сестрою своїх обов'язків з надання допомоги пацієнтам. Сестринський процес несе нове розуміння ролі медичної сестри в практичній охороні здоров'я, вимагаючи від неї не тільки наявності доброї технічної підготовки, але й уміння творчо ставитися до догляду за пацієнтами, уміння працювати з пацієнтом як з особистістю, а не як із нозологічною одиницею, об'єктом «маніпуляційної техніки». Постійна присутність і контакт із пацієнтом роблять медичну сестру основною ланкою між пацієнтом і зовнішнім світом. Найбільше у цьому процесі виграє пацієнт. Від того, які встановлюються стосунки

між медичною сестрою і пацієнтом, від їхнього порозуміння нерідко залежить результат лікування захворювання.

Сестринський процес, по-перше, визначає конкретні потреби пацієнта у догляді. По-друге, він сприяє виділенню з ряду існуючих потреб пріоритетів у догляді й очікуваних результатів його, крім цього, прогнозує наслідки. По-третє, сестринський процес визначає план дій медичної сестри, стратегію, спрямовану на задоволення потреб пацієнта. По-четверте, з його допомогою оцінюється ефективність проведеної сестрою роботи, професіоналізм сестринського втручання. І найголовніше, сестринський процес гарантує таку якість надання допомоги, яку можна проконтролювати.

Переваги впровадження методології сестринського процесу для сестринського навчання і практики полягають у наступному:

- забезпечується системний та індивідуальний підхід до проведення сестринського догляду;
- стає необхідною активна участь пацієнта і його сім'ї в плануванні і забезпеченні догляду;
- створюється можливість широкого використання стандартів фахової діяльності;
- здійснюється ефективне використання часу і ресурсів, які спрямовані на вирішення основних потреб і проблем пацієнта;
- універсальність методу;
- гарантується якість наданої допомоги і професіоналізм медичної сестри;
- демонструється рівень фахової компетенції, відповідальність і надійність медсестринської служби, медичного обслуговування;
- забезпечується безпека проведення медичного обслуговування.

Організаційна структура сестринського процесу складається з п'яти основних етапів: сестринське обстеження пацієнта, медсестринський діагноз (визначення потреб і виявлення проблем), планування допомоги, спрямованої на задоволення виявлених потреб (проблем), виконання плану необхідних сестринських втручань і оцінка отриманих результатів із їхньою корекцією в разі потреби (рис. 1.2).

1.3. ФІЛОСОФІЯ, ТЕОРІЯ, СУТЬ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ. СЕСТРИНСЬКА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ

Говорячи про філософію, ми говоримо про те, як людина мислить, у що вірить і як сприймає життя. Це цілісна система поглядів на світ (природу, суспільство, мислення), що робить істотний вплив на діяльність людини. Це можливість подумати, хто ми такі і яка наша роль у суспільстві.

ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ
ПАЦІЄНТА І.

Збір даних:

- спостереження
- проведення інтерв'ю
- фізичний огляд
- консультації
- записи та звіт

II. Медсестринська діагностика:

- аналіз даних
- їх синтез
- визначення проблеми та підтвердження її існування пацієнтом

ОЦІНКА РОБОТИ

Визначити ефективність дій медсестри, при потребі перепланувати їх, направити пацієнта до іншого закладу (передати його іншій медсестрі) або припинити надання допомоги, якщо план роботи з пацієнтом був успішним



**ДОВІРЛИВІ,
ДОБРОЗИЧЛИВІ
ВІДНОСИНИ**

ПЛАНУВАННЯ І.

1. Встановити пріоритети
2. Визначити необхідні ресурси
3. Встановити можливі результати роботи з пацієнтом (кінцевий вихід)
4. Написати план роботи



ВПРОВАДЖЕННЯ ПЛАНУ В ДІЮ
Використовуються інтелектуальні, міжособистісні та технічні навички, щоб допомогти пацієнту справитись із проблемою і вирішити її

Рис. 1.2. Етапи сестринського процесу.

Філософія сестринської справи — це система поглядів на взаємовідносини між сестрою, пацієнтом, суспільством та навколишнім середовищем.

Філософія сестринської справи дає визначення сестринських обов'язків, цілей і особистих якостей медичної сестри.

Філософія сестринської справи встановлює:

- етичні обов'язки медичної сестри щодо обслуговування пацієнтів (до тримання конфіденційності, шанування незалежності пацієнта і т.д.);
- цілі, до яких прагне медична сестра (незалежність, здоров'я, знання, вміння і т.п.);
- моральні якості, або чесноти (мудрість, співчуття, милосердя, терпіння і т.д.).

Однією зі складових частин філософії є етичний кодекс сестер — це етичні принципи, сформульовані представниками сестринської професії для своїх колег у кожній із країн. Кодекс включає основні принципи поведінки й оцінки дій сестри, відображає основні цілі, обов'язки і цінності в професії медичної сестри. Він складає систему світоглядів, усередині якої сестра може приймати рішення, що відповідають етичним

нормам, і виконувати обов'язки перед суспільством, перед колегами і перед своєю професією.

Колектив реформаторів медсестринства в Україні: Ю.В. Вороненко, Т.І. Чернишенко, В.В. Лойко, О.І. Смольняков — створили Етичний кодекс медичної сестри України. Створення кодексу є найважливішим засобом розвитку самоврядування в сестринській професії.

Визначення сестринської справи дають нам чотири парадигми або чотири основні концепції: сестринська справа, особистість, навколишнє середовище, здоров'я (WORLD VISION INTERNATIONAL, 1993).

Флоренс Найтінгейл говорила, що сестринська справа — одне з найдавніших мистецтв і одна з наймолодших наук, що концентрується на турботі про пацієнтів. Мистецтво і наука виявляються в сестринській справі як у роботі сестри-виконавця, так і в діяльності сестри-керівника.

Поняття особистості займає у філософії сестринської справи особливе місце. Взагалі проблема особистості у філософії — це насамперед питання про те, яке місце займає людина у світі. Біологічні, психологічні, соціальні і духовні компоненти складають єдине ціле людини, пацієнта. Вони характерні для усіх людей, але індивідуальні для кожного з нас — вони і складають особистість кожного з нас.

Навколишнє середовище завжди впливало на життєдіяльність людини. Воно було розпізнане ще з часів діяльності Флоренс Найтінгейл як істотний чинник у запобіганні захворюванням і підтримці здоров'я. Навколишнє середовище поділяється на:

- фізичне, яке включає географічне положення, клімат, чистоту повітря, води і т.п.;
- соціальне, яке відіграє величезну роль у формуванні особистості пацієнта, із яким медсестрі доведеться працювати (сім'я, школа, знайомі, трудовий колектив і т.д.);
- культурне, яке включає поведінку людини, її взаємовідносини з іншими людьми (мова, традиції, звичаї, віра, манери спілкування і т.п.).

Залежно від навколишнього середовища, в якому ріс, живе і працює пацієнт, сестрі необхідно будувати свої взаємини з ним — це той вказівник, який веде і пацієнта, і медичну сестру до успіху. Основою світогляду є відношення "людина і навколишній світ" із визначених соціально-класових позицій. Це відношення має свою власну структуру: пізнання, практична діяльність.

Здоров'я — дуже широка концепція, яка визначається по-різному на різних життєвих етапах. У 1947 році ВООЗ визначила здоров'я як стан повного фізичного, психічного і соціального добробуту, а не просто відсутність захворювань або неповноцінності. Часом важко визначити, що є здоров'ям, але варто враховувати, що здоров'я — це ди-

намічний процес, що може бути визначений як об'єктивно, так і суб'єктивно, мета, до якої потрібно прагнути. Це поняття включає вміння піклуватися про самого себе, забезпечує почуття цілісності організму і навколишнього середовища, воно справляється зі стресом шляхом адаптації. Процеси безупинного росту і становлення є його складовою частиною.

Основні моральні аспекти сестринської справи відображені в сестринській етиці. Етика — це вивчення принципів цінностей та норм моралі. А мораль — це принципи, цінності та норми, яких людина дотримується у своєму повсякденному житті.

Фахова таємниця.

Принаймні із часів Гіппократа медичні працівники давали обіцянку берегти таємниці, довірені їм хворими. Авіценна говорив: "Оберігай таємницю від усіх, які розпитують, полонянка твоя — твоя таємниця, якщо ти зберіг її, і ти бранець її, якщо вона розкрита".

У "Женевській декларації" ВМА (1948, 1968, 1983, 1994 рр.) говориться: "... урочисто клянусь... берегти довірені мені таємниці, навіть після смерті пацієнта".

З етичної точки зору поняття "медична таємниця" є, по-перше, підтвердженням принципу поваги до пацієнта, поваги його людської гідності, його законних прав, його особливого права на конфіденційність; по-друге, поширенням принципу незавдання шкоди на всі сторони життєдіяльності — способу життя пацієнта, його добробуту. На жаль, розголошення фахових таємниць часто відбувається через надмірну балакучість медиків.

Питання про фахову медичну таємницю не тільки етичне, але і юридичне. У перші десятиліття радянської історії в нашій країні офіційно насаджувався нігілістичний "курс на знищення лікарської таємниці". В "Основах законодавства СРСР про охорону здоров'я", прийнятих у 1969 р., була стаття "Лікарська таємниця", де, в принципі, правильно говорилося, що лікарі й інші медичні працівники не мають права розголошувати відомості про хворобу, інтимні й сімейні сторони життя хворих, а коли того вимагали інтереси охорони здоров'я населення або правосуддя, керівники установ охорони здоров'я зобов'язані були передавати конфіденційну інформацію службовими каналами. У "Клятві лікаря Радянського Союзу" теж зберігалась етична норма "... берегти лікарську таємницю". У той же час протягом багатьох років, аж до 90-х, у нашій країні відбувалося розголошення лікарської таємниці в найбільш масовому медичному документі — листку непрацездатності, і, по суті справи, це вважалося соціальною нормою.

Будь-яка поведінка, яка може заподіяти людині фізичний або емоційний біль, не є етичною. Етичні дилеми — це проблеми вибору пра-

цівниками охорони здоров'я правильних рішень, які стосуються пацієнтів. Деякі етичні дилеми можуть мати декілька вирішень.

Як захисник прав своїх підопічних сестринський персонал несе одночасно і юридичну, і етичну відповідальність. Працівники охорони здоров'я, що порушують закон, можуть бути притягнуті до судової відповідальності за свої дії. Щоб нести юридичну відповідальність у ролі фахівця, який здійснює догляд, варто знати законні права ваших пацієнтів, а щоб приймати рішення про свою етичну відповідальність, варто знати шість принципів догляду. У таблиці 1.7 подано приклади етичних ситуацій, які можуть виникнути. У кожному випадку варто вирішити, як прийняти правильне рішення, базуючись на принципах догляду.

Таблиця 1.7. Вирішення етичних проблем

Ситуація	Що ви повинні робити	Принцип догляду
Ви поспішаєте. У вас подряпані руки, і ви вирішили не мити їх	Завжди мийте руки. Якщо вони подряпані, скористайтеся кремом для рук і вдягніть одноразові рукавички	Інфекційний контроль
Ваша подруга ненароком випустила зубний протез пацієнта. Відколовся тільки маленький шматочок одного зуба	Нагадаєте колезі, що треба повідомити пацієнта про кожний загрозовий для його безпеки випадок	Безпека, повага
Ви вирішили попросити пацієнта скористатися судном замість туалету, тому що це вам зручніше	Плануйте свою роботу, виходячи з інтересів пацієнта, а не з того, чи спрощується ваша робота і чи збільшується її обсяг	Незалежність, повага
Пацієнт розповідає вам, що він ховає свої таблетки і не приймає їх. Довіряючи вам, він показує свою схованку	Скажіть йому, що ви повинні повідомити лікаря про те, що він не приймає таблеток. Порадьте йому обговорити з лікарем питання про ліки, щоб вони спільно вирішили, що йому потрібно і що він буде приймати	Безпека, спілкування
У вас був напружений день, відбулося декілька надзвичайних подій. Ви не встигли виконати всі необхідні процедури з одним із пацієнтів. Ви новенький і вам не хочеться залишати незакінченою свою роботу	Повідомте, що ви не встигли виконати всі необхідні процедури з пацієнтом, щоб ваш колега з іншої зміни закінчив їх	Спілкування
Ви в гостях у сусідки, яка є подругою вашої пацієнтки. Сусідка запитує, що трапилося з її подругою	Скажіть вашій сусідці, що не можете повідомити їй цієї інформації	Зберігання особистої таємниці, конфіденційності

Іноді трапляються ситуації одночасно і незаконні, і неетичні. Навмисне заподіювати біль людині не тільки неетично, але і протизаконно, оскільки в такий спосіб порушується право людини бути захищеною.

Також протизаконно і неетично брати що-небудь, що належить або людині, за якою здійснюється догляд, або її сім'ї.

Коли ви бачите, що порушуються права людини, ви повинні негайно сповістити про це адміністрацію.

Роль сестринського персоналу в дотриманні етичних норм.

Одним із прав особистості є свобода від образ. Багатьом людям важко уявити собі, що ті, хто надає допомогу, і члени сім'ї можуть образити людину, яка залежить від них і їхньої турботи. Нанесення кому-небудь у результаті недружнього ставлення фізичної або моральної шкоди називається образою. Якщо людині нанесена шкода через відсутність необхідного догляду з боку персоналу, який обслуговує, то це називається нехтуванням своїх обов'язків.

Відомі випадки образ дітей, це жахливо, у це важко повірити. Дітей фізично ображають, б'ють, штовхають, загрожують. Батьки або ті, хто зобов'язаний доглядати за дітьми, завдають їм фізичної шкоди, коли відмовляють у їжі, воді, одязі, притулку і людському спілкуванні. Дітей тероризують емоційно, постійно кричать на них, лають, примушують замовчати або погрожують побоями. Їх сексуально ображають ті, хто умисне торкається або щипає їхні груди, сідниці або геніталії, або спонукає їх до сексуальних дій різного роду.

Ображають не тільки дітей, але й дорослих. Ті, хто залежить від стороннього догляду фізично або емоційно, особливо вразливі до образ. Коли медична сестра надає пацієнту догляд, вона бере на себе також відповідальність за захист цієї особи від образи. Варто обов'язково повідомляти про образу або шкоду, якщо медсестра, яка здійснює догляд, знає або підозрює це.

Образи завдаються у всіх верствах суспільства. Кривдниками і їхніми жертвами можуть бути як чоловіки, так і жінки. Вони можуть бути будь-якого віку, раси і віросповідання. Їхні сім'ї можуть мати будь-який культурний і освітній рівень або дохід. Доглядаючи за особами похилого віку й інвалідами, варто бути уважними до проявів неповаги або образи відносно пацієнтів. Вони можуть зазнавати образ службовців, сусідів або членів сім'ї. Образником може бути хто-небудь із членів сім'ї, друг або родич, що живе поза домом.

Медсестра, яка здійснює догляд, несе юридичну відповідальність за замовчування образ, які спостерігаються. У таблиці 1.8 перераховані види образ і ознаки, які підкажуть медсестрі, що хтось піддається образі.

Зневага.

Зневага — це особлива форма образи, яка виражається в ігноруванні прав і потреб людини з боку іншої особи. Зневага, халатність мають місце, коли людина не одержує нормальної їжі, одягу, притулку, до-

Таблиця 1.8. Розпізнавання образ

Типи образ	Ознаки образ
Образа фізичною дією Дії, що включають штовхання, смикання за волосся, побиття, збиття з ніг, умисне завдання фізичного болю	Особа, яка піддається образі фізичною дією, може мати опіки, синці, почервоніння, які не проходять, подряпини, порізи або інші ознаки побоїв чи умисного завдання фізичного болю. Людина може бути фізично ображеною, але не мати подібних ознак
Емоційна образа Слова і дії, які створюють психічну або емоційну напругу. Це можуть бути словесні погрози завдати фізичних ушкоджень або вбити	Особа, яка піддається емоційній образі, може уникати прямого погляду, бути сумною, переляканою або замкнутись в собі
Сексуальна образа Дії, що включають звалтування, умисне торкання, щипання або інші фізичні дії на груди, сідниці або геніталії жертви чи примус до сексуальних дій іншого роду	Людина, яку образили сексуально, може мати синці, подряпини і порізи на грудях, сідницях або геніталіях, мати вагінальну або ректальну кровотечу, об'єктивні ознаки звалтування або може відмовитися від індивідуального огляду

гляду, або людського спілкування. Визначені форми зневаги, такі, як відмова від нормального харчування, здійснення фізіологічних потреб можуть викликати такий же фізичний і емоційний біль, як інші форми образи.

Людина, яку зневажають, може бути погано доглянутою: брудне волосся, неприємний запах від тіла або з рота, кірки на віях, губах або **яснах**, пролежні, їжа, яка застрягла між зубами. Її одяг і постіль можуть бути брудними, вона може бути пригніченою або замкнутою, може відмовлятися від їжі або особистого догляду.

Оскільки образа і зневага є одночасно незаконними і неетичними в догляді, юридичний і фаховий обов'язок сестри при здійсненні догляду полягає в тому, щоб повідомляти про підозри образи і зневаги. Дуже важливо зробити це, допомагаючи людині, за якою ви доглядаєте, вийти з небезпечної ситуації. Образнику теж треба допомогти зрозуміти, що не можна впливати на інших, завдаючи їм шкоди.

Образа і зневага є серйозними обвинуваченнями і повинні бути старанно розслідувані.

Обмеження фізичної активності.

Іншою специфічною формою образи може бути використання фізичних і хімічних засобів обмеження руху. Людина має право бути вільною від будь-яких рухових обмежень.

Засоби фізичного обмеження не дозволяють людині нормально рухатися. Медики раніше вважали, що використання фізичних обмежень дозволяє захистити людину від шкоди собі й іншим. Людей прив'язували до ліжок і стільців, щоб вони не могли впасти і поранитися. Вивчивши використання обмежень рухової активності, дослідники дійшли до висновку, що обмеження уражають людей не тільки емоційно, але і фізично.

Фізичне обмеження людини може завдати шкоди її організму. Люди, які зазнали фізичних обмежень, можуть поранити себе, намагаючись звільнитися. Наприклад, людина може перекинути стілець і, намагаючись виплутатися з ременів, які стягають груди, поранити руки і голову. Обмеження рухової активності також позбавляють людину почуття гідності і незалежності. Особи, які піддавалися обмеженням, говорять: "Бути прив'язаним — це гірше з того, що я міг зазнати. Адже прив'язують скажених собак!" Сьогодні використання фізичних засобів обмеження рухів розглядається як форма образи, якщо тільки це робиться не за призначенням лікаря. Фізичні обмеження можуть застосовуватися для того, щоб запобігти дезорієнтованому пацієнтові падінню з кріслагаталки. Фізичні обмеження ніколи не застосовуються для того, щоб створити більше зручностей для персоналу. Вони ніколи не повинні застосовуватися як дисциплінарний засіб.

Хімічні засоби обмеження активності — це ліки, які звичайно заспокоюють і знижують спроможність людини рухатися або нормально реагувати. Як і фізичні, так і хімічні засоби ніколи не повинні використовуватися для зручності персоналу. Можна утримувати людину в безпеці, не вдаючись до використання обмежень.

1.4. МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ. НАВЧАННЯ В СЕСТРИНСЬКІЙ СПРАВІ. СЕСТРИНСЬКА ПЕДАГОГІКА

П'ять елементів ефективного спілкування.

Спілкування є тим принципом догляду, без якого медична сестра не зможе застосовувати всі інші. Вона спілкується з людьми, коли допомагає їм у створенні безпечної обстановки, коли реалізує їхні потреби у заохоченні та розумінні, коли виявляє повагу до них, коли сприяє їхній незалежності і допомагає їм попередити інфекційні захворювання. За допомогою п'яти елементів спілкування (табл. 1.9) інформація досягає мети (рис. 1.3).

Таблиця 1.9. П'ять елементів ефективного спілкування

Елемент спілкування	Опис елемента
Відправник	Людина, яка хоче передати інформацію
Повідомлення	Інформація, що посилається цією людиною
Канал	Метод відправлення повідомлення: за допомогою усного мовлення (розмова), за допомогою позамовних методів (вираз обличчя, положення тіла) або в письмовому вигляді
Одержувач	Людина, якій посилається повідомлення
Підтвердження	Метод, за допомогою якого одержувач дає звістку відправнику, що повідомлення отримане

1



- 1) Усна мова (вербальне повідомлення)
"Я Вас розумію"
- 2) Міміка, жести (невербальне) (глухонімі)
- 3) Письмове (невербальне) повідомлення
(електронні засоби тощо)

Підтвердження повідомлення

-ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК<-

Рис. 1.3. Схема спілкування.

Умови, що сприяють ефективному спілкуванню I. Відчуття присутності.

Для створення відчуття присутності при розмові з пацієнтом необхідно врахувати таке:

1. При розмові з пацієнтом медична сестра повинна дивитися на нього з дружньою посмішкою, прагнучи поглядом, виразом обличчя показати свою зацікавленість повідомленнями пацієнта.
2. Використовувати відкрите положення тіла, щоб показати свій інтерес до того, що говорить пацієнт, наприклад, нахилитися вперед, щоб нічого не пропустити зі сказаного.
3. Періодично хитати головою на знак згоди, застосовувати репліки, повторення, вигуки, уточнення, щоб показати, що її цікавить те, про що говорить пацієнт. Застосовувати дружній, підбадьорюючий дотик до пацієнта.

II. Вміння слухати.

Вміння слухати — це активна поведінка для вироблення відчуття присутності, а не просто пасивне сприйняття. Для того, щоб бути добрим слухачем, необхідно намагатися повністю сконцентрувати увагу на іншій людині, незважаючи на власні упередження, стурбованість тощо.

Ніколз та Стгвенс у своїй книзі "Чи слухаєш ти?" розрізняють чотири розумові процеси, які відбуваються під час сприйняття інформації:

1. Слухач подумки випереджає того, хто говорить, намагаючись здогадатися наперед про спрямування усної бесіди, які висновки можна буде зробити зі слів, промовлених у даний момент.

2. Слухач подумки зважує аргументи і факти, висловлені промовцем, щоб довести або спростувати твердження, які він робить.
3. Час від часу слухач критично оцінює попередню частину бесіди.
4. Впродовж всієї розмови він "слухає між рядками", щоб вловити прихований зміст і значення інформації, не промовленої вголос.

*Основні принципи вміння слухати, які необхідні для медичної сес-
три*

- Ставитись до людини з повною увагою. Не перебивати питаннями чи коментарями розповідь. Дати пацієнту можливість сказати все, що він хоче.
- Дати людині зрозуміти, що вас цікавить те, що вона говорить. Усунути фактори, що відволікають увагу. Добрий слухач фокусує всю свою увагу на людині, яка говорить. Пам'ятати: важко говорити з людиною, яка читає газету або щось стороннє, постукує олівцем, виглядає у вікно чи грається гумкою або скріпкою.
- Дивитися на людину, яка говорить. Цим ви не тільки допоможете їй спілкуватись з вами, але й полегшите собі розуміння того, що вона говорить.
- Намагатись зрозуміти основну ідею і сконцентрувати основну увагу на ній, а не на деталях.
- Звернути увагу не тільки на те, *що* говориться, але й на те, як *гово-
ряться*.
- Намагатись сприймати інформацію, незважаючи на ваше ставлення до співрозмовника. Ми більш позитивно сприймаємо і реагуємо на повідомлення людей, яких ми любимо, ніж тих, кого не любимо чи до кого ми байдужі.
- Спробувати розпізнати, про що людина не хоче говорити. Ви можете більше дізнатись про людину, намагаючись зрозуміти, про що вона не говорить. "Слухати між рядками".
- Намагатись керувати своїми емоціями. Сильні емоції гніву чи смутку завадять вам уважно слухати співрозмовника і адекватно реагувати на його слова.
- Бути обережними з інтерпретаціями, намагатись зважати на факти і бути впевненими в тому, що усвідомлюєте різницю між тим, що *гово-
ряться*, та інтерпретаціями, оцінками чи екстраполяціями цих фактів.
- Проявляти до пацієнта повагу, інтерес і турботу, співпереживати, прагнути щиро зрозуміти поведінку та вчинки іншої людини, її пере-
конання та цінності.

III. Вміння сприймати.

Ефективне спілкування ґрунтується на повазі до сприйняття світу іншої людини. Поведінка, вчинки та спосіб життя є безпосереднім наслідком того, як людина сприймає світ і його цінності. Тому розуміння іншої людини включає розуміння її точки зору.

Всі повідомлення мають три компоненти:

1. Емпіричний — передає те, що пацієнт пережив, відчув.
2. Пізнавальний — передає те, що пацієнт знає чи що вміє.
3. Афективний — передає те, що пацієнт відчуває чи під чийм впливом перебуває.

Дозволяючи пацієнту проявити свої почуття, сестра допомагає йому бути більш відкритим та щирим.

Аналіз слів, темпу мови, інтонації, тембру голосу — все це дає вербальні (словесні) ключі до розуміння тих почуттів, що стоять за тим, про що людина говорить.

IV. Щире бажання піклуватися про пацієнта.

Проявляти турботу про іншу людину означає для медичної сестри більше, ніж турбуватись, надавати допомогу, це означає також щиро цікавитись і старанно доглядати та опікуватись пацієнтом.

V. Прагнення розкриватись самому.

Розкриття свого внутрішнього "я" іншій людині — це взаємний процес, необхідний для встановлення контакту та ефективного спілкування. Встановленню психологічного контакту дуже допомагає звернення до власного досвіду, наприклад, така фраза: "Мені також довелося пережити подібну ситуацію...".

VI. Здатність до співчуття та співпережиття.

Співпережиття можна порівняти з тим, що ви ставите себе на місце іншої людини, щоб побачити її такою, якою вона бачить себе. Співпереживаюча і співчуваюча медична сестра- налаштована на думки і почуття пацієнта і проявляє це в мовній та інших формах. Співпережиття має вирішальне значення для встановлення довірливих міжособових відносин, а також важливе для збагачення власного досвіду.

VII. Щирість.

Щирість є необхідною умовою для встановлення відносин довір'я. Щирість означає, що людина чесно ділиться своїми думками, відчуттями та досвідом з іншою людиною. Щира людина — це та, яка розуміє свої внутрішні почуття і думки, правильно їх висловлює як мовою, так і в іншій формі.

VIII. Повага.

Повага включає сприйняття іншої людини як достойної і є проявом щирого піклування про іншу людину, незважаючи на недоліки або якісь індивідуальні особливості останньої. Елементами поваги є також інтерес до розвитку іншої людини, віра в її здатність самостійно вирішувати проблеми, здійснювати позитивні вчинки.

Одним із способів виявлення поваги є звертання до неї по імені та по батькові, дружнім тоном.

Що необхідно медсестрі для ефективного вербального спілкування?

- Говорити доступною мовою.
- Не зловживати незрозумілими для пацієнта медичними термінами.
- Вибрати темп мови, доступний для сприйняття пацієнта.
- Правильно вибрати час для спілкування.
- Слідкувати за інтонацією голосу — вона повинна відповідати тому, що ви хочете сказати.
- Вибирати необхідну гучність та тембр голосу.
- Давати тільки чіткі інструкції, рекомендації та поради.
- Не використовувати натяки та підтексти.
- Не обіцяти неможливого.
- Вчити пацієнтів, що їхні рішення повинні бути усвідомленими.
- Повторити повідомлення, якщо відчуваєте, що хворий вас не зрозумів.
- Впевнитись, що у пацієнта не залишилось невирішених проблем на даний момент.

Інші поради щодо спілкування з пацієнтом розміщені в таблиці 1.10.

Таблиця 1.10. Чого необхідно уникати медичній сестрі, проводячи бесіду з пацієнтом

<i>Проблеми, яких слід уникати</i>
Сперечатись, примушувати або чинити тиск на пацієнта
Давати фальшиві або нездійсненні обіцянки
Спекулювати на проблемах пацієнта
Приєднуватись до нападок, які пацієнт робить на родичів, сусідів, друзів
Брати участь у обговоренні або критиці іншого медичного працівника
Спонукаати до дискусій або суперечок на політичну, національну або релігійну тематику
Ображати почуття та принижувати гідність підопічного
Втручатись без дозволу в особисті та фінансові справи

Проте спілкування на деякі теми, як правило, викликає певні труднощі.

Теми, які є складними для розмови:

- статеве життя (хвороби, що передаються статевим шляхом);
- злоякісні новоутворення;
- психічні хвороби;
- безпліддя;
- небажана вагітність;
- аборт.

Ефективне спілкування потребує ретельного обмірковування, уважного ставлення, уміння і взаємної готовності до спілкування. Правильне спілкування має багато переваг, включаючи краще порозуміння між людьми.

Вибір каналів спілкування.

Ви можете використовувати три канали спілкування:

1. Усне мовлення — слова, призначені для одержувача.
2. Немовне спілкування — міміка, рухи і жести, призначені для сприйняття одержувачем.
3. Письмове повідомлення — написане слово або символи, які одержувач повинен прочитати.

Канал, який медична сестра повинна вибрати для передачі повідомлення, залежить від виду повідомлення й одержувача. Наприклад, для передачі повідомлення неписьменній або сліпій людині необхідно скористатись усним мовленням. У певних ситуаціях для передачі повідомлення варто використовувати декілька каналів. Наприклад, медсестра може спочатку щось пояснити (усне повідомлення), а потім написати сказане (письмове повідомлення) у вигляді пам'ятки. Або може показати якусь дію (немовне повідомлення) і одночасно пояснювати, *що* робить (мовне повідомлення).

Усне спілкування. Усне спілкування складається з двох важливих елементів:

1. Зміст повідомлення (що говориться).
2. Форма, метод, спосіб подачі інформації (як це говориться).

Ефективним усне спілкування є у тому випадку, якщо у медсестри є корисна інформація, вона говорить чітко і зрозуміло викладає свої думки.

Немовне спілкування. Люди часто передають інформацію і почуття за допомогою виразу обличчя і жестів. Іноді цей засіб спілкування називають мовою жестів.

Щоб спілкування відбувалося ефективно, необхідно добре розуміти два компоненти немовного спілкування: передачу й одержання інформації. Коли особа дивиться на людей, вона звертає увагу на вираз обличчя і на жестикуляцію. Інформація, яку вона одержує при цьому, допомагає вам зрозуміти мовне повідомлення.

Освіта і національна культура людини можуть також впливати на немовні вираження. Наприклад, у деяких народів прийнято виражати повагу до співрозмовника, дивлячись йому прямо в очі під час розмови, а в інших культурах це вважали б образою. Якщо ви одержуєте повідомлення за допомогою немовних каналів, запитайте у відправника, чи правильно ви зрозуміли його повідомлення.

З іншого боку, необхідно уважно ставитися до інформації, яку ви посилаєте. Іноді вам доведеться приховувати свої почуття. Наприклад, якщо ви доглядаєте за пацієнтом, який страждає від трофічних виразок, які виглядають непривабливо і погано пахнуть, ви повинні зберігати спокійний вираз обличчя, щоб пацієнт не боявся свого вигляду і не почував себе пригніченим.

Стежте за своєю мімікою і жестами, щоб передати одержувачу правильне повідомлення. Наприклад, якщо ви відчуваєте з якогось приводу задоволення, зробіть так, щоб вираз вашого обличчя (можливо, посмішка) і положення тіла (відкрите), а також слова відобразили вашу радість.

Той самий немовний чинник може виражати декілька різноманітних повідомлень, які одержувачу варто перевірити. Розглянемо такі аспекти немовного спілкування:

1. Зовнішній вигляд.

Якщо ви виглядаєте акуратно, тобто у вас чистий, без плям, випрасуваний й охайний одяг, взуття начищене, волосся чисте й акуратно зачесане, а нігті підстрижені, то ви передасте повідомлення про те, що ви дбаєте про себе і що вам не байдужа думка оточуючих.

2. Вираз обличчя.

Його можна розцінювати по-різному. Наприклад, посмішка може бути знаком вітання або схвалення. Насуплені брови можуть означати роздратування або невдоволення. Погляд може виражати розуміння або ніяковість.

3. Дотик.

Турботливий дотик рукою до плеча, дружнє поплескування по спині або обійми найчастіше дозволяють вашому співрозмовнику відчути його значимість або підкреслюють ваше слово. Іноді, у силу пережитих вами почуттів, не варто передавати повідомлення за допомогою дотику. Ви відчуваєте злість, напругу або нетерпіння і вам хочеться схопити, вдарити або стрепенути людину, але ви в жодному разі не повинні цього робити.

4. Положення і рухи тіла.

Те, як ваші підопічні рухаються, стоять або сидять, повідомляє вам, як вони себе відчувають фізично й емоційно. Наприклад, пацієнт, який звичайно сидить прямо, сьогодні сидить у кріслі згорблений. Його сутулість може означати, що в нього щось болить, що він втомився або ж перебуває в стані депресії.

Великим дослідником фізіогноміки і фізіогностики був професор Київського університету І.А. Сікорський, який приділяв велику увагу міміці і жестам у відтворенні внутрішнього світу людини. У своїй праці "Всеобщая психологія съ фізіогномикой въ иллюстрированномъ изложеніи" (1912) автор дає характеристику основних емоційних реакцій людини через художні полотна видатних майстрів пензля минулого.

Відстань між співрозмовниками і особистий простір.

Ви посилаєте повідомлення рухаючись, стоячи або сидячи.

Рухайтесь назустріч людям не дуже швидко, щоб їх не злякати і щоб вони не подумали, що ви поспішаєте і вам не до них. Якщо ви сидите або стоїте, надзвичайно важливо також враховувати відстань до іншої людини. У кожної людини є своя зона комфорту. Розмір вашої

власної зони комфорту дозволяє вам стояти дуже близько до інших людей, але вони при цьому можуть відчувати незручність і відсуваються. І, навпаки, ви відчуваєте себе комфортно, якщо навколо вас великий вільний простір, а ваш підопічний сприймає це як те, що він вам неприємний. Уважно ставтеся до зони комфорту кожної людини і дотримуйте взаємоприйнятну для вас і вашого підопічного відстань.

Особистий простір навколо нас — це те, чого ми можемо не помічати, поки хто-небудь не порушить його. Після вторгнення ми відразу починаємо відчувати себе некомфортно і робимо крок назад, щоб відновити потрібну відстань. Фізично близький простір пов'язаний з поняттям інтимності чи загрози.

Близькі сімейні і дружні стосунки дозволяють проникати у наш особистий простір тільки певним особам. Всі інші люди спілкуються з нами на відстані приблизно 1 м. Ця відстань регулюється нормами культури.

У зональному просторі людини можна виділити нижчезазначені зони (рис. 1.4):

0,15-0,46 м	0,46-1,2 м	1,2-3,6 м	>3,6 м
			
Інтимна зона	Особиста зона	Соціальна зона	Суспільна зона

Рис. 1.4. Зональні простори.

- **інтимна зона** (15-46 см) — найголовніша, саме цю зону людина охороняє, як свою власність. У цю зону дозволяється доступ тільки особам, які перебувають в тісному емоційному контакті з ними. Це діти, батьки, подружжя, близькі родичі і друзі. В цій зоні є ще підзона, радіусом 15 см, в яку можна проникнути тільки за допомогою фізичного контакту. Це надінтимна зона.
- **Особиста зона** (46 см-1,2 м). Це відстань, яка, як правило, розділяє глядачів в кіноконцертних залах, на стадіонах, людей при дружніх розмовах і спілкуванні.

- **Соціальна зона** (від 1,2 до 3,6 м). Таку відстань ми дотримуємо до сторонніх людей, наприклад, електрика, який прийшов щось поремонтувати, незнайомої людини на вулиці чи в громадському закладі.
- **Суспільна зона** (більше 3,6 м). Коли ми звертаємось до великої групи людей, найбільш зручно стояти саме на такій відстані, наприклад, лектор і аудиторія слухачів.

У великих містах дуже обмежується особиста зона людей, що є чинником стресових ситуацій.

Люди з сільської місцевості мають значно більшу особисту зону і не люблять потискати руку, а люблять, щоб їм махали рукою. У чоловіків інтимна зона менша, ніж у жінок, і тому вони намагаються наблизитись.

Письмове спілкування.

У процесі роботи ви часто приймаєте і записуєте телефонні повідомлення, призначені для ваших колег, пишете вашим підопічним записки-нагадування, а вашим колегам лишаєте повідомлення з інформацією про ваших підопічних.

За необхідності як писати кому-небудь із ваших підопічних записку дізнайтеся, чи зможе він її прочитати. Незважаючи на те, що ваш підопічний із легкістю спілкується за допомогою усного мовлення, він може не вміти читати тому, що ніколи цьому не вчився, або може не вміти читати українською, або має слабкий зір. Щоб дізнатися, як добре вміє читати ваш підопічний, і щоб не травмувати його самолюбства, обережно поговоріть про це з ним.

Яри спілкуванні в письмовому вигляді використовуйте такі прийоми:

1. Пишіть акуратно. Якщо у вас поганий почерк, пишіть друкованими літерами.
2. Вибирайте правильний розмір і колір букв. Якщо ви пишете записку людині зі слабким зором, пишіть на білому папері великими буквами, використовуючи чорну, темно-синю ручку або фломастер.
3. Малюйте малюнки. Іноді людині, яка не вміє читати, малюнок може сказати більше, ніж слова.
4. Вибирайте прості слова. Якщо ви хочете, щоб ваше повідомлення досягло мети, використовуйте найпростіші слова.
5. Будьте точними. Якщо ви називаєте час, не забудьте зазначити, вечір це чи ранок. Якщо в двох ваших підопічних однакове прізвище, додатково зазначте їхні імена і по батькові.
6. Будьте уважні. Перевірте, чи включили в пам'ятку всю потрібну інформацію.
7. Пишіть слова грамотно. Якщо ви не впевнені в правильності написання того або іншого слова, перевірте це слово в словнику або запитайте про це в колег.

8. Підписуйте повідомлення. Наприкінці вашої пам'ятки завжди ставте підпис, щоб було зрозуміло, хто її написав.
9. Перевіряйте ваше повідомлення. До того, як відправити пам'ятку за призначенням, перевірте, чи не пропустили ви в ній помилки.

Незалежно від того, яку форму спілкування ви використовуєте як канал для передачі інформації: мовну, немовну або письмову (табл. 1.11), ви повинні зробити все можливе, щоб задумане вами повідомлення відповідало переданому.

Таблиця 1.11. **Форми спілкування при догляді**

Ваше повідомлення	Форма спілкування	Позитивне значення
Стук у двері	Немовна	Ви висловлюєте повагу до підопічного і шануєте його право на особисте життя
Ви привітаєтесь й звернетесь до вашого підопічного, називаючи його по імені і по батькові	Мовна	Ваше вітання дружнє і висловлює повагу
Ви відреккомендуєтесь (якщо необхідно) або нагадуєте своє ім'я	Мовна	Ви допомагаєте пацієнтові запам'ятати ваше ім'я
Берете або потискуєте йому руку	Немовна	Ви уважні до нього і до його потреб, ви також впевнені в собі й у вашій роботі
Просите дозволу допомогти вашому підопічному лягти в ліжко або переодягнутися	Мовна	Пацієнт сам вирішує, що йому робити

Впевнена манера спілкування.

Якщо ви передаєте своє повідомлення твердо і впевнено (впевнена манера спілкування), воно справляє сильніше враження, і можливість того, що одержувач повідомлення з вами погодиться, зростає. Якщо ви передаєте повідомлення без особливої наполегливості і так, що при цьому складається враження, що ви самі не надаєте йому особливого значення, одержувач повідомлення може поставитися до нього без належної уваги.

Впевнена манера спілкування може бути ефективним методом передачі співрозмовникам ваших побажань. Зрозуміло, ви не завжди можете домогтися бажаного хоча б тому, що люди можуть відповісти "ні". Незалежно від того, що ви говорите, підопічний може відмовитися від вашої допомоги. І незалежно від того, як ви звертаєтесь з проханням, ваш керівник може не дозволити вам узяти вихідний день. Проте іноді впевнена манера спілкування допомагає змінити думку співрозмовника.

У деяких ситуаціях людина не хоче використовувати впевнену манеру спілкування, тому що, на її думку, це може не сподобатися співрозмовнику. Іноді людей це сердить. Крім того, багато людей плутають впевнену манеру спілкування з агресивністю або нахабністю. У деяких культурах люди спеціально вчаться використовувати впевнену манеру спілкування,

а в інших — вона вважається грубою і надто прямою. Використовуйте впевнену манеру спілкування вибірково і завжди думайте про те, як сприйме цю манеру передачі повідомлення його одержувач (табл. 1.12).

Таблиця 1.12. Ефективне використання упевненої манери спілкування

Ситуація	Упевнена дія	Неефективна дія
У відповідь на ваше прохання людина говорить "ні"	Вирішіть, чи важливо для вас продовжувати спроби одержати її згод!, і якщо так, то продовжуйте	Відразу здайтесь
Ви вирішили, що прохання варто повторити	Скажіть вашому співрозмовнику, що ви розумієте його позицію (якщо це дійсно так). Повторіть ваше прохання і поясніть, чому воно для вас таке важливе. Говоріть твердим голосом, дивіться співрозмовнику прямо в очі і стійте прямо. Тримайте руки опущеними уздовж тіла або складеними на колінах	Скажіть вашому співрозмовнику, що він не правий чи діє нерозумно. Повторіть те, що ви сказали, і спробуйте пояснити йому, чому ваше прохання було відхилено, хоч воно для вас таке важливе. Дивіться на людину з гнівом і осудом, підвищуйте голос. У гніві розмахуйте руками і стукайте по столі
Ви змушені відмовити кому-небудь у проханні	Скажіть "ні" твердим голосом і поясніть причину відмови	Скажіть: "Ні. Питання закрите"
Людина повторює прохання	Уважно вислухайте те, що скаже співрозмовник, потім чемно скажіть "ні"	Закричіть: "Ви що, мене не чули? Я сказав "ні"
Людина повторює прохання	Іопросіть співрозмовника перестати на вас тиснути	Запитайте: "Ви що, глухі?"
Людина повторює прохання	Іибачтесь і відійдіть	Запропонуйте співрозмовнику <u>алишити вас у спокої</u>
Людина запитує, за що ви її так не любите	Іоясните співрозмовнику, що ви ідхияєте прохання, а не ідхияєте його самого	Зи говорите йому, що він вас ратує

Спілкування в особливих випадках.

Ви доглядаєте за людьми, які часто і багато в чому відрізняються від вас. Тому вам може бути незручно обговорювати з ними деякі теми. Ви також спілкуєтеся з людьми зі зниженим зором або слухом, із людьми, які прикуті хворобою до ліжка, а також, часом, із дітьми. Крім того, ви часто розмовляєте з ними по телефону, що вимагає від вас використання мовних навичок.

Спілкування на "важкі" теми.

Ваші підопічні звертаються до вас із питаннями й обговорюють із вами важкі ситуації. У більшості випадків ви можете відповісти на ці запитання, але іноді ви не знаєте, як це зробити. У таку ситуацію може потрапити будь-яка людина.

Якщо у вас склалися добрі стосунки з вашим підопічним, то він довіряє вам настільки, що може поділитися дуже особистим, потаємними думками. Наприклад, він може сказати: "Моїм друзям на мене

наплювати" або "Шкода, що вона не померла". Такі повідомлення можуть змусити вас відчутися себе ніяково.

Якщо людина звертається до вас із подібними словами, ви можете відчутися непевність із приводу того, як вам на це реагувати. Ви можете відчутися ніяковість, якщо колега передає вам повідомлення, в якому він ділиться *своїми* домашніми або робочими проблемами. Щоб припинити цю розмову, можна вийти з кімнати, перемінити тему або припинити розмову "невинною маленькою неправдою", наприклад: "Насправді ти так не думаєш".

Ці методи можуть **вам** допомогти вийти з неприємної ситуації, але вони ж можуть перервати розмову з людиною, яка шукає з вами спілкування. Оскільки частина вашої роботи полягає в тому, щоб слухати і розмовляти з підопічними, надзвичайно важливо зберігати канали спілкування відкритими навіть у тих випадках, коли **в** результаті отриманого повідомлення ви відчуваєте ніяковість.

Спілкування з людьми з порушенням зором.

У ваші обов'язки може входити догляд за людьми з порушенням зором. Деякі з них користуються окулярами для читання, а інші страждають від повної сліпоти. В основі порушення зору лежать різні причини. Плануючи догляд за людьми з обмеженим зором, надзвичайно важливо враховувати питання безпеки і проблеми спілкування.

Пам'ятайте **про** те, що людина з порушенням зором може вас не побачити. Щоб не налякати її, перед тим, як увійти в кімнату, постукайте в двері або негайно дайте їй знати, що ви там стоїте. Станьте там, де вона може вас побачити, і зверніться до неї по імені і по батькові.

Уважно ставтеся до речей, які оточують людину з порушенням зором. Якщо вона носить окуляри, поясніть, що їх варто тримати чистими й у межах досягання, зберігати в кімнаті достатнє освітлення і для цього вдень відсувати штори, а ввечері вмикати світло. Варто описувати їй навколишнє оточення і розповідати про те, що відбувається навколо. Потрібно описувати людей і події так, щоб в її уяві склалася певна картина. Слід весь час тримати меблі й особисті речі на визначених місцях, щоб ваш підопічний мав уявлення про те, що де лежить.

Допомагаючи людині з порушенням зором, використовуйте голос, слова і дотик. Опишіть, що ви збираєтеся робити: "От і прийшов час вечері, я вам допоможу сісти за стіл". Накриваючи стіл, описуйте розставлені на столі чи підносі предмети; при цьому користуйтеся годинником як відправною точкою: "Сьогодні на вечерю курча, огірок і картопля. Курча лежить на тарілці в напрямку 12-ї години, картопля — у напрямку 4-ї, а огірок — у напрямку 8-ї години". Назвіть їжу і напої,

які знаходяться не в тарілці: "От ваш гарячий чай. Я ставлю його біля вашої тарілки в напрямку 1-ї години".

Коли ви допомагаєте підопічному пересуватися, пропонуйте йому для підтримки триматися за вашу руку, трохи вище ліктя, опишіть, куди ви йдете, і перерахуйте перешкоди, які зустрічаються на вашому шляху: "Зараз ми піднінемося на три сходинки" або "Зараз ми обминемо стіл зліва" тощо.

Порушення зору часто є хронічним станом, який неможливо вилікувати. Тому концентруйте свою увагу на забезпеченні безпеки і на ефективному спілкуванні, щоб зробити життя людини легшим і безпечнішим настільки, наскільки це у ваших силах.

Спілкування з людьми зі зниженим слухом.

Пам'ятайте, що людина з порушеним слухом може вас не чути. До того, як почати говорити, для привернення уваги підопічного, обережно доторкніться до його плеча або руки. Завжди підходьте до нього спереду і ставайте перед його очима так, щоб він міг бачити рухи ваших губ і вираз обличчя. Якщо в пацієнта є слуховий апарат, щораз пропонуйте йому скористатися ним, перед тим, як почнете з ним спілкуватися. Періодично запитуйте, чи справний його слуховий апарат. Допомагайте людині правильно користуватися слуховим апаратом, відповідно до рекомендацій фірми-виробника і, коли апарат не застосовується, порадьте зберігати його в одному й тому ж місці.

Фоновий шум повинен бути зведений до мінімуму, тому що під час розмови звук працюючого телевізора або радіо може відволікати людину з порушеним слухом. Якщо ви розмовляєте з іншими людьми в присутності пацієнта, слідкуйте за своєю мімікою та жестами під час розмови, тому що він може подумати, що розмова йде про нього, або що ви над ним смієтеся.

Використовуйте міміку обличчя, жести і певні слова, які допоможуть вашому підопічному спілкуватися з вами. Якщо у вас складається враження, що підопічний вас не розуміє, використовуйте інші слова, але голос підвищуйте тільки в тому випадку, якщо ви перед цим говорили занадто тихо. Крик може стурбувати людину, а розуміння ваших слів при цьому може не поліпшитися. Під час розмови з підопічним не прикривайте рот рукою, тому що люди з порушеним слухом часто вміють читати по губах і покладаються на це вміння. Вимовляйте слова повільно і зрозуміло, але не виділяйте їх, не підкреслюйте окремі склади і не кричіть. Говоріть короткими реченнями.

Якщо людина з порушеним слухом одним вухом чує краще, ніж іншим, при розмові завжди розташовуйтеся з того боку, на який більше чути. Використовуйте жести і рухи тіла, які допомагають пояснювати зміст ваших слів. Якщо ваш підопічний уміє читати, пишіть йому

записки. Якщо ви хочете донести до нього важливу інформацію, простежте за тим, щоб він її зрозумів, попросіть його повторити, або задайте навідні чи пробні запитання.

Якщо людина, яка страждає від втрати слуху, бачить, що ви прикладаєте певні зусилля для спілкування з нею, вона відчує себе з вами більш комфортно.

Спілкування з людьми, що говорять іншими мовами.

Людина, яка не говорить українською мовою, має таку ж потребу і бажання спілкуватися, як і будь-яка інша. Ви можете поліпшити якість спілкування з нею, створивши атмосферу довіри.

Домагайтеся довіри людини, яка говорить іншою мовою. Спробуйте дізнатися, чи говорить ваш підопічний хоча б трохи російською або іншою зрозумілою для вас мовою. Якщо він намагається говорити українською, похваліть його зусилля, з розумінням ставтеся до можливих помилок.

Використовуйте немовні повідомлення: малюйте малюнки, пояснюйте "на пальцях", використовуйте міміку і жести. Заохочуйте і його використовувати немовне спілкування, щоб він міг пояснити, що йому потрібно або де в нього болить.

Якщо мовний бар'єр перешкоджає передачі важливої інформації, спробуйте знайти кого-небудь, хто може виступити в ролі перекладача. **При** спілкуванні через перекладача простежте за тим, щоб і перекладач і ваш підопічний зрозуміли ваше повідомлення.

Спілкування з дітьми.

Методи спілкування з дітьми залежать від таких чинників, як вік, фізичний і психічний стан. Іноді з дітьми легше спілкуватися, ніж із дорослими, тому що діти відверто говорять, що відчувають і чого хочуть. З іншого боку, хвора травмована або залякана дитина може не розуміти, що з нею відбувається, і може вам не довіряти.

Ви краще встановите контакт з дитиною, якщо викличете її довіру і ваші мовні і немовні повідомлення будуть їй зрозумілі.

Щоб вам було легше спілкуватися зі сором'язливою або засмученою дитиною, дізнайтеся, про що вона любить говорити. Попросіть батьків або опікунів розповісти вам про їхню дитину.

Використовуйте немовні повідомлення. Щоб завоювати довіру дитини, дружньо їй посміхайтесь, під час бесіди сядьте поруч таким чином, щоб знаходитися на одному рівні з нею.

Для пояснення дитині її ситуації використовуйте прості фрази і не вдавайтеся в деталі. Не давайте їй багато інформації за один раз. Закінчивши пояснення, зробіть паузу і переконайтеся, що вона вас зрозуміла. Якщо у вас складається враження, що дитина не зрозуміла вашого пояснення, повторіть його ще раз, але іншими словами.

Розмовляти з дитиною непросто, але варто завжди пам'ятати про те, що дитина потребує такої ж уваги, поваги і турботи, як і доросла людина.

Спілкування по телефону.

Під час роботи вам доведеться розмовляти по телефону з різними людьми: членами сім'ї, сусідами і друзями ваших підопічних, лікарями й іншими медичними працівниками. Оскільки людина, яка знаходиться на іншому кінці телефонної лінії, вас не бачить, ви повинні чітко говорити і старанно підбирати слова.

Ведіть розмову професійно. Якщо ви телефонуйте у службових справах, назвіться відразу ж після того, як ваш абонент відповість.

Будьте ввічливими. Піднімайте слухавку відразу ж після того, як почуєте дзвінок. Говоріть повільно і чітко. Спочатку назвіть заклад, свою посаду та ім'я. Запропонуйте записати і передати повідомлення, якщо ваш підопічний з якоїсь причини не може в даний момент говорити з вами по телефону.

Приймайте повідомлення уважно. Якщо вас попросили передати кому-небудь повідомлення, акуратно запишіть його і повторіть абоненту, щоб переконатися, що ви записали інформацію правильно. Проставте дату і час прийому телефонного повідомлення і підпишіться. Покладіть листок з повідомленням там, де його швидше виявить одержувач повідомлення.

Спілкування для впливу на поведінку людини.

На поведінку людини впливає багато чинників. Те, що ви говорите або робите, може мати на поведінку інших людей як позитивний, так і негативний вплив (табл. 1.13). Іноді ви можете переконати їх відмовитися від шкідливих звичок, підбадьорити і заставити повірити у свої сили або у видужання, спонукати до активного способу життя і громадської діяльності.

Таблиця 1.13. Мовні види соціальної підтримки

Тип мовної соціальної підтримки	Приклад
Похвала	"Надіє Іванівно, мені дуже подобається ваша зачіска". "Вітаю вас. Ліліє Петрівно. Сьогодні ви змогли вже перейти через кімнату"
Подяка	"Дякую вам, Сергію Петровичу, за вашу допомогу". "Дякую вам, Ганно Степанівно, за те, що ви допомогли Нелі Стефанівні не відчутися самотньою"
Заохочення	"Продовжуйте намагатися доторкнутися до свого плеча, Сергію Івановичу. З кожним днем у вас виходить це усе краще і краще". "Ви сьогодні відмінно ходите, Ганно Степанівно. Я упевнена, що ви зможете пройти ще в напрямку до дверей"
Схвалення	"Правильно, Надіє Іванівно. Ви робите це абсолютно правильно". "Я думаю, Петре Івановичу, що ви зробили правильний вибір"

Спілкування із сім'ями.

В останні роки все частіше медичні сестри беруть участь у догляді за літніми пацієнтами, члени сім'ї яких не живуть разом з ними або не в змозі забезпечити належний догляд в домашніх умовах. При спілкуванні з вашим підопічним ви багато про нього дізнаєтеся. Але ви також можете одержати інформацію від членів його сім'ї, спілкування з якими надзвичайно важливе як для вашого підопічного, так і для вас. Ставлячи їм запитання, ви можете дізнатися про смаки і звички підопічного: яка його улюблена їжа, якому одягу він віддає перевагу. Ви також можете дізнатися про сімейні і культурні традиції, що допоможе вам доглядати за вашим підопічним. Члени сім'ї можуть розповісти про його роботу і захоплення у минулому.

У нашому суспільстві слово "сім'я" має багато значень. Згідно з традиційним визначенням, до складу сім'ї входять мати, батько і діти. Сімейні стосунки звичайно означають кровну родинність, але в наші дні під сім'єю люди розуміють значно більше, ніж рідність по крові.

Під сім'єю ми розуміємо такі поняття:

- біологічна родинність (дитина є в біологічній або кровній родинності з обома батьками);
- вітчим або мачуха (дитина є в біологічній родинності з одним із батьків, що повторно одружилися);
- сім'я, у якій дитина виховується (дитина не живе з жодним із біологічних батьків, але інша сім'я тимчасово виховує її у своєму будинку);
- прийомні батьки (дитина не живе з жодним із біологічних батьків, але інша сім'я усиновила її, зробивши своїм постійним членом);
- дитячий будинок (дитина разом з іншими дітьми, у яких немає батьків або сімей, живе в дитячому будинку).

Сім'я має важливе значення для суспільства в цілому і для кожного з нас зокрема, тому що вона допомагає задовольнити наші потреби, створює необхідні умови для життя і розвитку.

Для багатьох людей сім'я включає партнера, наприклад, дружину або чоловіка, або іншу важливу для них людину. Протягом життя коло, яке ми називаємо сім'єю, продовжує змінюватися в міру того, як важливі для нас люди входять у наше життя і покидають його.

Ви можете багато чого дізнатися про вашого підопічного, якщо будете спостерігати за тим, як члени його сім'ї ставляться один до одного. У той же час ви не повинні втручатися в їхні сімейні справи і висловлювати судження, зауваження або займати в суперечках позицію однієї зі сторін, тому що такі дії можуть підсилити напругу або поглибити невирішені сімейні проблеми.

Для встановлення контакту з членами сім'ї вашого підопічного використовуйте ваші навички спілкування. Вислухайте їх і, якщо в когонебудь із членів сім'ї є запитання щодо стану вашого підопічного або

якась скарга, сповістіть про це адміністрацію. Члени сім'ї також хочуть одержувати від вас інформацію про вашого підопічного.

Сім'ї можуть бути задоволені вашим умілим доглядом, але в той же час вони можуть відчувати провини або жаль із приводу того, що вони більше не можуть забезпечувати догляд за рідною людиною.

Вони можуть ставити багато запитань або робити зауваження з приводу того, як виконуються ті або інші процедури. При цьому вони мають на увазі, що догляд здійснюється не тими методами, якими вони самі скористалися б в цій ситуації.

Щоб заспокоїти членів сім'ї, поговоріть з ними про вашу роль у догляді за їхнім родичем і поясніть, чому ви використовуєте ті або інші методи. Здійснюючи догляд, по можливості, використовуйте їхні пропозиції, але не забувайте, що при цьому ви повинні дотримуватися основних принципів догляду за пацієнтом.

Бесіда з пацієнтами.

Під час санітарно-просвітньої роботи з пацієнтами медична сестра повинна керуватись певними правилами і принципами ведення бесіди.

Є 4 фази (стадії) взаємин між медичною сестрою та пацієнтом:

1. Фаза попередньої взаємодії (встановлення комунікативного контакту).
2. Вступна, або орієнтаційна фаза (встановлення довіри).
3. Робоча фаза, під час якої медсестра допомагає пацієнту:
 - а) опанувати свої тривоги, вселити впевненість і оптимізм;
 - б) прищепити незалежність та самовідповідальність;
 - в) розробити конструктивні механізми подолання труднощів.
4. Завершальна (кінцева) фаза (підведення підсумків або прийняття рішення).

Під час бесіди (навчання) медична сестра повинна:

1. Для встановлення контакту (якщо можна) використовувати дотик, що добре заспокоює людей під час стресів.
2. Зберігати конфіденційність (обов'язкова умова бесіди чи навчання).
3. Мати добрий зоровий контакт.

10 основних навичок, які будуть корисними при бесіді (навчанні):

1. Конструктивна відкритість.

Наприклад: "Я дуже добре розумію Вас, бо сама пережила таке".

2. Обумовлення тривалості бесіди.

Наприклад: "Я можу 30 хвилин поспілкуватися з Вами".

3. Подання правдивої компетентної інформації.

Наприклад: "З цією хворобою людина, звичайно, відчуває себе дуже змученою. Але якщо Ви будете дотримуватися рекомендацій лікаря та моїх порад, то швидше одужаєте".

4. Універсалізація (полягає в тому, щоб показати людині, що інші люди теж переживали подібні обставини).
Наприклад: "Для людей є звичним переживати відчуття вини після того, як рідна людина помирає".
5. Уточнення ситуації або стану (полягає у постановці додаткових запитань, які дають можливість краще зрозуміти іншу людину та її ситуацію).
Наприклад: "Після чого біль посилюється?"
6. Поділ проблеми на частини (партіалізація).
Наприклад: "Давайте спочатку обговоримо Ваше лікування, а потім — як ми Вам можемо допомогти з Вашими сусідами".
7. Схвалення поведінки пацієнта.
Наприклад: "Ви молодець! Ви сьогодні самостійно одягнулися".
8. Зворотний зв'язок.
Наприклад: "Коли Ви плачете, я Вас погано розумію".
9. Порада і допомога (використання професійних знань і авторитету для впливу на пацієнта).
10. Підведення підсумків, що зроблено і що **ще** потрібно зробити.

Психологічна класифікація пацієнтів

З точки зору клінічної психології (науки про закономірності розвитку і функціонування психіки хворої людини) існують різноманітні класифікації типів пацієнтів. У медичному середовищі поширеною є нижченаведена клінічна класифікація.

Тривожний пацієнт, який завжди хвилюється. Стиль поведінки цих пацієнтів відрізняється підвищеною тривожністю. Прийнято розрізняти ситуаційну тривогу, пов'язану з конкретною ситуацією (наприклад, тривога перед іспитами, будь-якою життєво важливою подією), і так звану особисту тривожність, що є індивідуальною властивістю особистості. Дуже часто такі пацієнти мають тривожний тип особистості. Вони відрізняються боязкістю, покірністю, невпевненістю в собі. Їхня надмірна боязливість часто виражається в так званій соматизації страху: у них легко виникають різноманітні вегето-судинні реакції (непритомність) при проведенні діагностичних і лікувальних процедур. З ними необхідно провести підготовчу психокорекцію, іноді звернувшись за допомогою до спеціаліста — медичного психолога.

Пацієнт, який має підвищені безпідставні підозри. Стиль поведінки цих пацієнтів відрізняється настороженістю і підозрілістю стосовно медичного персоналу і лікування в цілому. Якщо з'ясується, що таким же чином ці люди поведуться й у повсякденному житті, цілком можливо, що мова йде про так звану психопатію. Тоді потрібна консультація спеціаліста в галузі медичної психології. У будь-якому випадку перед тим, як починати лікування, необхідно подолати бар'єр недовіри і відчуженості пацієнта.

Демонстративний пацієнт. Цей пацієнт намагається справити враження на навколишніх, відчуває постійну потребу у співчутті та увазі. Він насолоджується своїми стражданнями, відчуває "нестерпні муки" і вимагає до себе підвищеної уваги. Демонстративний характер поведінки такого пацієнта, перебільшений опис своїх скарг, самовихваляння можуть викликати негативне ставлення до нього навколишніх, бажання довести, що він "далеко не вмираючий". Проте при роботі з таким пацієнтом не варто "викривати" його, краще апелювати до "героїзму" і стійкості його характеру. Нехай пацієнт одержить від вас необхідну частку визнання.

Депресивний пацієнт. Такий пацієнт пригнічений, ізолюваний від оточуючих, відмовляється від розмови з іншими пацієнтами і персоналом, погано вступає в контакт. Він настроєний вкрай песимістично, тому що втратив віру в успіх лікування і видужання. З цим типом поведінки ви можете зустрітися у важко і невиліковно хворих. Проте депресивна поведінка може бути обумовлена й іншими причинами, що лежать поза колом фізичного захворювання. В роботі з такими пацієнтами обов'язково бере участь медичний психолог, але це не означає, що сестринський персонал не може допомогти такому хворому. Чинники психологічного впливу всіх медичних працівників: сестер, молоділого медичного персоналу є дуже важливими, навіть якщо зовнішньо це не виявляється в реакціях хворого. Оптимізм медичного персоналу, віра у видужання пацієнта мають для нього велике значення. Дуже корисними є стимуляція активності хворого, залучення його до догляду за іншими хворими, виконання нескладних доручень.

Іпохондричний пацієнт. Цей пацієнт надмірно уважний до свого здоров'я, цікавиться аналізами всіх лабораторних досліджень, необгрунтовано припускає наявність в себе найрізноманітніших захворювань, читає спеціальну літературу. Варто пам'ятати, що іпохондрія — поняття збірне. Іпохондрична реакція як надмірна занепокоєність своїм здоров'ям не завжди обумовлена соматичним захворюванням, іпохондричний синдром може бути і невротичного походження. У цьому випадку фізичні скарги є симптомами неврозу і не мають органічної основи, висловлюючи "страждання душі на мові органа". Існує поняття і ятрогенної іпохондрії, коли пацієнт перекручено витлумачує сказане персоналом або медичний працівник дійсно був необережний, розмовляючи з тривожним хворим про важкий діагноз його захворювання, і викликав при цьому нездорову фіксацію уваги пацієнта на своїх тілесних відчуттях, посилюючи страх втрати здоров'я або смерті.

Залежно від поведінкових реакцій, розрізняють такі типи пацієнтів: впевнений у собі, невпевнений у собі, агресивний (табл. 1.14).

Таблиця 1.14. Характеристика поведінкових реакцій пацієнтів

Ознаки	Агресивний пацієнт	Впевнений у собі пацієнт	Невпевнений у собі пацієнт
Вираз обличчя	Напружений, сердитий, пильний погляд	Розслаблений, приємний, твердий, добрий зоровий контакт	Нервовий, очі опущені вниз
Положення тіла	Руки на стегнах, ходіння взад і вперед. Часто стоїть, коли решта сидить. Намагається домінувати над іншими	Розслаблене положення тіла. Зберігає особистий простір	Зігнутий, положення тіла незручне. Може прихилитись до чогось або втекти
Тон голосу	Голосний, вимогливий, загрозливий і наказовий	Твердий, упевнений в собі, проявляє інтерес до іншої людини	Тихий, слабкий, часто тремтить, нерозбірливий
Жести	Різкі, стрімкі, стиснуті кулаки	Відповідають моменту (адекватні)	Нервові і стурбовані
Вербальний компонент (мова)	Звинувачувальний, атакуючий, старається принизити будь-якою ціною	Щирий прояв почуттів, які відтворюють те, що людина відчуває	Прагнення приховати зміст слів, виправдатися, підкорятись іншій людині

Впевнені індивіди не допускають у собі гніву, оскільки вони виражають як позитивні, так і негативні відчуття. Впевнені індивіди спроможні прийняти позитивну енергію від інших і робити компліменти, якщо вони заслужені.

Агресивна людина ігнорує права інших. Вона переконана, що кожна людина повинна боротись за свої власні інтереси, життя — це боротьба. Агресивний індивід позбавлений впевненості в собі. Він в силовій манері тисне на інших, щоб довести свою зверхність і щоб приховати свою власну невпевненість, вразливість. Агресивна поведінка призводить до поразки, тому що вона відштовхує людей, зміцнюючи таким чином низьку самооцінку особи.

Агресивна людина звичайно говорить голосно і здійснює контакт очима протягом тривалого часу, так що інша людина сприймає це як настирливість. Постава є прямою, часом ця людина нахилиється трохи вперед. Загальне враження — це враження сили, домінування (панування).

Невпевнена людина. Коли вона є злою, намагається замаскувати гнів, створюючи при цьому зросту напругу в собі. Така людина може говорити м'яко, часто в дитячій манері, з незначним контактом очей. Мова тіла виражає недовіру та самозаперечення.

В міжособовому спілкуванні існує теорія самоутвердження, в якій кожна людина має право поводитись відповідно до своїх потреб доти, поки вони не порушують прав інших. Впевнену в собі людину розглядають як середню точку пікали, що йде від пасивної до агресивної поведінки (табл. 1.15).

Таблиця 1.15. Типи поведінкових реакцій

Пасивний індивід	Впевнений індивід	Агресивний індивід
Відмовляється від своїх прав. Займається самозапереченням	Претендує на права і поводить так, що це збігається з його правами	Розглядає свої права як вищі (зверхні) по відношенню до прав інших. Претендує на права за рахунок інших
Дозволяє іншим вирішувати за себе	Робить власний вибір	Робить вибір за себе і за інших
Може мати цілі і сподіватися, що вони будуть здійснені, однак неактивно домагається їх здійснення (виконання)	Формулює мету і намагається досягти її	Працює в напрямку досягнення мети, часто за рахунок інших
Не має (потребує) впевненості в собі	Є впевненим у собі	Часто поводить у вимагальній, ворожій манері. Не має впевненості в собі
Часто уникає проблем	Не лякається проблем, часто зустрічає їх віч-на-віч	Часто нападає на інших, замість того, щоб зустрітися віч-на-віч з проблемами
Дозволяє іншим маніпулювати собою	Говорить іншим, що думає, таким чином отримує їх повагу	Говорить іншим, що думає, змушує їх боятися і уникати його. Маніпулює іншими

Тактика медичної сестри залежно від типу пацієнта

Як поводитися сестрі, якщо вона зіткнулася з агресивною поведінкою пацієнта?

- Не сприймайте чийсь агресивність, як особисту образу. Дуже часто хворі або травмовані люди направляють свою агресивність на тих, кого вони часто бачать, навіть якщо їх образив хтось інший (хто перший попав під руку).
- Спробувати заспокоїтися, глибоко подихати, порахувати до десяти, поки **не** прийде заспокоєння, випити води.
- Можна вийти з кімнати, якщо ви відчуваєте, що можете сказати або зробити що-небудь неприємне у відповідь. Зрозуміло, ви можете це зробити тільки в тому випадку, якщо пацієнт є в безпеці. Якщо може те, продовжуйте виконувати свої обов'язки. Якщо ви занадто стурбовані і не можете належним чином виконувати ваші обов'язки, зробіть перерву на декілька хвилин.
- Можна зробити перерву. Можна розповісти про те, що сталося, тому, з ким працюєте і кому довіряєте.
- Треба знову поговорити з пацієнтом, який проявив неповагу до вас, застосувавши ваші навички спілкування для встановлення комунікативного контакту.

Як поводитись з невпевненим пацієнтом?

- Говоріть хворому компліменти ("Як Ви добре сьогодні виглядаєте", "Яка гарна у Вас зачіска").

- Кожне зусилля хворого над собою — це крок до одужання і його треба похвалити.
- Підтримка всіх починань пацієнта.
- Невербальна підтримка: дотик, посмішка, кивок голови при розмові.

Проявіть інтерес за допомогою немовних методів. Покажіть людині, що вам небайдужі її проблеми, сконцентруйте на ній всю свою увагу і подивіться їй у вічі. Якщо ситуація дозволяє, обережно потисніть руку співрозмовника або доторкніться до його плеча. Якщо він відчує вашу зацікавленість, мовчазна підтримка може допомогти більше, ніж будь-які слова.

За допомогою мовних методів запросіть людину до розмови. Поставте запитання типу: "Як Ви себе почуваете?" Або поставте запитання для підтвердження повідомлення співрозмовника: "Ви говорите, що Вам не вистачає когось поруч?" Або підтвердіть повідомлення, повторивши його своїми власними словами: "Схоже, що Ви нудьгуєте, сумуєте за Вашою сім'єю".

Слухайте. Іноді єдине, що потрібно людині, — це слухач. Якщо він потребує відповідей, які ви не в змозі дати, то замість того, щоб виступати в ролі "слухаючого вуха", дайте комусь іншому можливість справитися з цією ситуацією або проблемою. Поясніть підопічному, що ви поговорите з людиною, яка зможе їй допомогти. Не забудьте простежити за тим, як в остаточному підсумку розв'язалася ситуація.

Говоріть про свої почуття. Для того, щоб зрозуміти свої почуття, необхідно подумати про них "на свіжу голову". Впевненість прийде після того, як ви справитеся з подібною ситуацією і поговорите з керівником або іншою людиною, яка користується вашою довірою.

Припинення неадекватної поведінки.

Більшість ваших підопічних цінують те, що ви для них робите і намагаються вам всебічно допомагати. Зустрічаються, проте, випадки, коли підопічний може підвищити голос на вас, закричати або вилаятися. Хтось може спробувати образити вас.

Деякі думають, що людей, які поведуться подібним чином, варто карати. Але для вас покарання ваших підопічних неприйнятне. Ваша реакція навіть на неадекватну поведінку завжди повинна ґрунтуватися на шести принципах догляду. В основі правильної реакції на подібну поведінку завжди повинні бути принципи дотримання безпеки, конфіденційності, спілкування, незалежності і запобігання інфекційним захворюванням. Крім того, правильна реакція не може порушувати прав пацієнта. Коли ваш підопічний поводиться неправильно, цілком природно, що ви при цьому дратуєтесь, сердитесь, соромитесь або ображаєтесь. Ваші емоції природні і зрозумілі, але ніколи не можна дозволяти собі проявити ці негативні емоції, "виносити їх на поверхню".

Якщо ви вважаєте, що в даній ситуації ви праві, ви можете вийти з кімнати і повернутися тоді, коли ви і ваш підопічний заспокоїться. Коли ви повернетесь, скажіть підопічному, що вам здається, ніби він стурбований. Сказавши це, ви робите доречною розмову про те, що його турбує, а це, у свою чергу, може зупинити негативні емоції.

Коли ваш підопічний поводить неналежним чином, спробуйте ігнорувати його поведінку. Іноді людина погано поводить для того, щоб привернути увагу. Якщо ви будете звертати на таку поведінку занадто багато уваги, вона може зумисне повторитися. Якщо вам здається, що хто-небудь із ваших підопічних намагається привернути увагу поганою поведінкою, звертайте на нього більше уваги тільки тоді, коли він поводить себе гідно.

НАВЧАННЯ В СЕСТРИНСЬКІЙ СПРАВІ. СЕСТРИНСЬКА ПЕДАГОГІКА

Медична сестра як викладач з питань, що стосуються стану здоров'я.

Засвоєння знань може відбуватися у будь-який час. Це постійна зміна поведінки внаслідок засвоєння нових знань та навиків. Навчання — це діяльність, спрямована на одержання нових знань.

Процес засвоєння знань можна подати такою схемою: знання + навички = зміна поведінки. Ми говоримо, що засвоєння знань пройшло успішно, якщо поведінка людей, що навчаються, змінюється в позитивну сторону (табл. 1.16).

Таблиця 1.16. Процес засвоєння знань

Знання	Процес одержання та засвоєння нової інформації досягається шляхом лекцій, за допомогою аудіовізуальних засобів, активною участю слухачів у обговоренні теми. Мета цього виду навчання - досягти розуміння слухачами теми, що вивчається.
Навички	Навички засвоюються спочатку візуально, а потім на практиці, наприклад, при виконанні штучної вентиляції легень. Слухач повинен вміти правильно виконувати визначені дії, а не тільки описувати їх. Для набуття навичок використовуйте "метод трьох П": показати, пояснити, проробити.
Зміна поведінки ставлення	Горкається почуттів та емоцій слухачів, а також їх системи цінностей та уявлень, які виробляються протягом більш довгого часу. Часто поведінка викладача впливає на слухачів і визначається не стільки тим, що він говорить, а більше тим, що він робить.

Конфуцій, 451 рік до н.е., якось сказав: я забуваю те, що чую, я запам'ятовую те, що бачу, я усвідомлюю те, що роблю.

Лікар Уільям Глассер казав, що ми засвоюємо: 10 відсотків прочитаного, 20 відсотків прослуханого, 30 відсотків побаченого, 50 відсотків одночасно побаченого та почутого, 70 відсотків того, що обговорювалося з іншими, 80 відсотків того, що ми пізнали на практиці, 95 відсотків того, що ми викладаємо іншим.

Хто такі слухачі.

Оскільки ви будете навчати дорослих людей, то потрібно знати, що спонукає їх пізнавати щось нове для себе. Це важливо для організації ефективного процесу навчання.

Слухачі приходять на заняття тому, що вірять: там вони зможуть одержати якісну підготовку. Ви, як медична сестра, повинні підтримувати довіру слухачів, при цьому не забувати, що ваша діяльність в один і той же час повинна відповідати інтересам слухачів.

Медична сестра повинна володіти відомостями про своїх слухачів та урахувати їх, щоб скласти відповідну навчальну обстановку.

Слухачі мають:

- попередні знання;
- різноманітну освіту, яку вони одержали в навчальних закладах;
- різноманітний життєвий досвід;
- особисте відношення та життєву філософію;
- фізичні потреби, а інколи навіть фізичні обмеження, пов'язані з віком;
- життєву роль та обов'язки;
- звички;
- різні мотиви до навчання;
- природний внутрішній опір змінам;
- бажання набути якусь можливість самим керувати своїм життям.

Такі труднощі існують і в навчанні дітей, з тією лише різницею, що вони мають значно менший попередній досвід.

Як ми навчаємося.

Існують різні способи прискорити процес засвоєння знань. Але перш за все потрібно знати, що у різних людей засвоєння відбувається з різною швидкістю та різними способами. У своєму повсякденному житті люди засвоюють інформацію з розмов в сім'ях та з друзями, з радіо- і телепередач, з аудіо- і відеокасет, з особистого досвіду тощо.

Недавні дослідження у сфері мозкової діяльності та індивідуальних особливостей засвоєння показали, що різні люди віддають перевагу різним способам одержання інформації із навколишнього світу. Як діти, так і дорослі віддають перевагу різним способам сприйняття (табл. 1.17).

Дані способи засвоєння або канали сприйняття забезпечують ефективне запам'ятовування інформації слухачами. Засвоєння інформації людиною рідко відбувається лише по одному каналу. Проте знання того факту, що люди сприймають інформацію різними органами чуттів, допомагає добитись максимального ефекту викладання з залученням всіх цих органів.

Використовуйте різноманітні методи навчання, по можливості охоплюючи всі способи засвоєння матеріалу.

Таблиця 1.17. Способи одержання інформації

	Способи сприйняття
Зоровий	Слухачі з переважаючим зоровим сприйняттям найкраще засвоюють матеріали, що представлені у вигляді мальовничих картин, таблиць, слайдів, фільмів тощо. Цей спосіб звичайно використовується у комбінації з іншими методами.
Слуховий	Слухачі з переважаючим слуховим сприйняттям віддають перевагу лекціям та аудіокасетам.
Дотиковий	Слухачі з дотиковим сприйняттям повинні торкати речі. Можливість торкати щонебудь власними руками для них більш важлива, ніж можливість просто побачити або почути.
Кінестетичний	Такі слухачі засвоюють інформацію, коли фізично беруть участь на заняттях.

Пам'ятайте, що:

1. Засвоєння знань — це зміна поведінки внаслідок одержаного досвіду. Шляхи засвоєння знань різними людьми різні.
2. Люди засвоюють знання з різною швидкістю.
3. Активізуючи органи чуттів слухачів (зір, слух, дотик), а також залучаючи їх до роботи, ви прискорюєте цей процес.
4. Минулий досвід дорослих слухачів може бути корисним при засвоєнні знань або може ускладнювати їх сприйняття.

Роль викладача та слухачів в процесі навчання

Існує два основних способи навчання: коли центральною фігурою є викладач та коли викладання орієнтовано на аудиторію.

Перший спосіб викладання, орієнтований на самого викладача, розрахований на те, що викладач володіє знаннями, які він повинен передати слухачам. Викладач контролює процес навчання, при якому слухачі залежать від його знань, потребують його вказівок, і лише він може визначити, наскільки успішно вони засвоюють одержані знання.

Другий спосіб передбачає, що кожен слухач може внести певний вклад в процес навчання. Викладач вважається "каталізатором", і оцінка набутих знань проводиться сумісно з самим слухачем.

Отже, для того, щоб стати хорошим викладачем, потрібно самому добре знати предмет, мати уяву про основні методи навчання та володіти практичними навичками викладання. Вважайте себе помічником слухачів у навчанні. У свою чергу розглядайте слухачів як сприятливий засіб для досягнення мети, поставленої перед навчальним курсом. Намагайтесь створити в класі спокійну, доброзичливу атмосферу. Ви — викладач і повинні розуміти, що навчання буде успішним тільки тоді, коли ваші слухачі самі захочуть одержати знання. Протягом всього курсу ви постійно міняєте своє амплуа у класі. В одному випадку медична сестра відіграє важливу та помітну роль, в другому — стає на рівних з слухачами, одночасно контролюючи хід виконання завдань. В цьому випадку важливу роль відіграє ваше вміння встановити та підтримувати правильний контакт з аудиторією. Тільки на перший погляд завдання сприяти успіху навчання здається простим.

Насправді — це тяжка робота. Але в той же час це дуже захоплююче заняття, що надає викладачеві позитивний емоційний заряд.

Обидва способи викладання мають свої переваги та недоліки. Найбільш ефективні навчальні методики, звичайно, поєднують в собі і один, і другий.

Полегшення процесу засвоєння знань.

Існує кілька шляхів, щоб полегшити засвоєння знань. По-перше, відповідне оточення. По-друге, доброзичлива атмосфера, коли всі слухачі можуть брати участь в процесі та почувати себе комфортно. І, нарешті, медична сестра повинна налагодити добрі особисті стосунки для ефективного спілкування. Оскільки однакових людей немає, то всі слухачі навчаються з різною швидкістю і різними шляхами.

Викладач може полегшити процес засвоєння знань такими діями:

- залученням слухачів до планування занять;
- спільним визначенням завдань і навчання;
- точною постановкою завдань;
- використанням методу активної участі в заняттях;
- використанням аудіовізуальних засобів навчання;
- заохочуванням дискусій, обміну досвідом та ідеями;
- повагою до поглядів слухачів;
- розумінням культурних традицій.

Спілкування в процесі навчання.

Хороший викладач повинен вміти спілкуватись з аудиторією. Дуже важливе значення має ваша манера висловлювати свої думки, говорити з іншими людьми, обмінюватися ідеями, передавати свої відчуття, а також вміння слухати. Але спілкування — це двосторонній процес. Інформація не тільки повинна бути надіслана, але і сприйнята. Процес спілкування потребує активної участі обох сторін.

Поради, як створити сприятливий навчальний клімат.

- З початку першого дня занять привітайте своїх слухачів.
- Відрекомендуйтеся самі та попросіть кожного слухача зробити те ж саме.
- Перевірте, щоб у кожного були таблички з їх іменами, щоб вони могли запам'ятати один одного.
- Коротко висловіть тему занять, а також, що ви чекаєте від слухачів.
- Дайте слухачам висловити свої побажання про те, чого б вони хотіли дізнатися в процесі занять.
- Зробіть так, щоб слухачі були згодні з вами.

Поради, як створити сприятливу атмосферу під час занять.

- Якщо у слухачів виникають сумніви, завжди давайте роз'яснення. Не ігноруйте пропозиції, висловлені вашими слухачами під час занять. Пам'ятайте, що їх погляди та переконання можуть відрізнятись.

- У процесі навчання використовуйте різні методи навчання та навчальне приладдя.
- Дозволяйте ділитися особистими прикладами або "розповідями із життя".
- Будьте чуйними та уважними до чужого життєвого досвіду.
- Контролюйте процес та вчасно робіть перерви в заняттях.
- У міру просування уперед повертайтеся до минулих тем (оцінюючи засвоєння матеріалу слухачами).

Особливої уваги потребують важкі для спілкування слухачі (табл. 1.18).

Таблиця 1.18. Важкі слухачі

<i>їх поведінка</i>	<i>Що робити</i>
Відмовчуються	З'ясуйте причину їх мовчання (замислились, соромляться, нудно...). Вислухайте їх пояснення, намагайтеся залучити до роботи.
Вважають, що все знають	В усіх випадках намагайтеся зберігати холоднокровність. Не дозволяйте залучити себе та аудиторію в непотрібну дискусію. Подякуйте за ін формулі, точку зору. Коли вас відривають питаннями, краще сказати так: "Зараз я не можу відповісти на Ваше питання, підійдіть до мене під час перерви, якщо не отримаєте відповіді на уроці". "У нас різні погляди на цю проблему. Вам зовсім не обов'язково міняти свою думку, але намагайтеся прислухатися до інших. Давайте обговоримо це ще раз в кінці занять". "Здається, у Вас на все інший погляд. Вийдіть вперед та викладіть його перед аудиторією".
Занадто активні або люблять побалакати	Не будьте саркастичні і не ставте таких слухачів у незручне становище. Ця їх якість може знадобитися вам у майбутньому. Тактично перервіть: "Це дуже цікаво. Тепер послухаємо, що вважає група". Запропонуйте обговорити це після запитань через нестачу часу. "Ми весь час чуємо одних і тих самих, давайте послухаємо кого-небудь ще". Запитайте, чи бажає уся група обговорити це питання, чи треба продовжити заняття. Відверніть увагу слухача, який говорить, повтором свого останнього висловлювання і продовжуйте тему.
Уперті та сперечаються	Передайте їх точку зору на обговорення групи для того, щоб слухачі самі намагалися їх переконати. Скажіть, що на суперечки немає часу і що ви будете раді поговорити з ними під час перерви. Попросіть їх на деякий час прийняти точку зору усього класу.
Сторонні розмови	Не треба змушувати слухачів, що відволіклися, почервоніти. Зверніться до одного з говірких і задайте йому якесь легке питання, або повторіть своє останнє висловлювання чи зауваження групи і попросіть його прокоментувати. Якщо ви маєте звичку ходити по аудиторії під час занять, підійдіть до тих, які говорять, постійте поряд, але так, щоб не звертати уваги усієї групи.
Сплять на уроках	З'ясуйте причину такої поведінки (працював у нічну зміну...). Поспівчайте.
Недоговорюють	Не треба говорити: "Ви хотіли сказати те або інше..." Скажіть: "Дозвольте повторити за Вами, що..." та виразно викладіть думку.
Ті, що відволікають від теми занять	Візьміть провину на себе: "Мабуть, я відхилився від теми. Ми повинні говорити ось на що тему". Повторіть тему занять чи напишіть на дошці.
Ті, що говорять за усіх	"Ви зараз виклали загальну думку. А як Ви самі вважаєте?". "Давайте запитаємо думку інших".

Навчання.

Не існує універсального рецепту для успішного викладання. Досвідчені вчителі завжди виробляють свої власні методи, базуючись на тому, що їм найкраще вдається та найбільш результативне. Ваша власна методика буде

удосконалюватись з кожним наступним проведеним заняттям. Зміст заняття буде залишатись незмінним, але ваші методи викладання, ваша техніка навчання медичним навикам будуть послідовно покращуватись, поки ви не доб'єтесь автоматизму і не будете почуватися зовсім впевнено.

При проведенні занять ви можете використовувати найрізноманітніші методи викладання. Метод викладання — це спосіб і манера спілкування з людьми, а також висвітлення подій та фактів, спрямованих на досягнення відповідної поставленої мети. Медична сестра повинна вміти вибрати методи для відповідної ситуації.

Щоб вибрати належний та ефективний метод навчання, треба брати до уваги багато факторів: склад слухачів, конкретну ситуацію, ваші власні сили, обсяг і характер інформації, яку вам необхідно подати, час, а також приміщення та обладнання, що є у вашому розпорядженні.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Визначення поняття сестринської справи, її основні функції.
2. Історія розвитку і становлення сестринської справи.
3. Роль медичної сестри як спеціаліста в системі охорони здоров'я, її основні завдання, права і обов'язки.
4. Основні поняття філософії сестринської справи: пацієнт, сестринська справа, навколишнє середовище і суспільство, здоров'я.
5. Сутність сучасних моделей сестринської справи.
6. Етичні елементи філософії сестринської справи та обов'язки, цінності і чесноти медичної сестри.
7. Основні принципи сестринської деонтології, викладені в клятві Флоренс Найтінгейл і Етичному кодексі Міжнародної ради медичних сестер.
8. Спілкування як ефективний засіб допомоги людям в адаптації до змін у житті у зв'язку із захворюванням. Рівні спілкування.
9. Два типи спілкування: словесний і безсловесний. Ясність і стислість мови.
10. Підтримка зв'язку з пацієнтами, не здатними до вербального спілкування.
11. Самоконтроль медичної сестри при безсловесному спілкуванні (вираз обличчя, міміка, жести).
12. Сфера і способи навчання. Педагогічні прийоми.
13. Стандарти (норми) сестринського догляду.
14. Поняття про медсестринські моделі.
15. Медсестринська модель В. Хендерсон як основа медсестринського процесу для країн реформаційного періоду.
16. Поняття про потреби людини.
17. Теорія і класифікація потреб.
18. Основні потреби людини. Ієрархія людських потреб за Маслоу.
19. Значення ієрархії потреб за Маслоу для сестринської справи.
20. Проблеми пацієнта, пов'язані з порушенням задоволення потреб.
21. Сестринські втручання при порушенні основних потреб людини.

Розділ II. ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ. МАНШУЛЯЦІЙНА ТЕХНІКА

гі. ІНФЕКЦІЙНА БЕЗПЕКА. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ. САНІТАРНО- ПРОТІЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

2.1.1. Інфекційний процес. Внутрішньолікарняні інфекції

Інфекційні захворювання існують завдяки *контагіозності*, під якою розуміють можливість передачі збудника від носія до здорової людини. Ця особливість, що забезпечує виживання збудника як біологічного виду, сформувалась у процесі еволюції.

Інфекція (infectio — зараження, псування) — стан зараження організму патогенними мікробами, при якому відбувається взаємодія між збудниками захворювання і макроорганізмом.

Інфекційний процес — це складний комплекс специфічних біохімічних, морфологічних та імунологічних змін, що виникають в організмі при попаданні патогенного агента в організм. Ці зміни залежать від виду збудника.

На ранніх етапах розвитку мікробіології, коли були відкриті численні збудники інфекційних захворювань, роль мікроорганізмів у виникненні захворювань переоцінювалась. Попадання патогенного агента в організм вважалось єдиною необхідною умовою для розвитку інфекційного захворювання. Насправді ж, наслідки проникнення мікроорганізму в організм людини є результатом взаємодії збудника (мікроорганізму) і макроорганізму (людини) в конкретних умовах зовнішнього середовища, при цьому захисним механізмам іноді належить вирішальне значення.

У результаті взаємодії мікроорганізмів з різними патогенними властивостями і організмом людини інфекційний процес, що виникає, може набувати найрізноманітніших форм перебігу: від безсимптомної до клінічно вираженої і навіть смертельної.

Існування будь-якого збудника інфекційної хвороби окремого біологічного виду неможливе без постійної зміни індивідуального хазяїна. Ця зміна відбувається за допомогою особливого способу, який Л.В. Громашевський (класик епідеміологічної науки) назвав механізмом передачі збудника інфекції. При цьому раніше заражений організм хазяїна виступає як джерело збудника інфекції, а той, кому цей збудник передається, — як сприйнятливий до хвороби організм. Останній сам стає джерелом збуд-

ника інфекції, і цей процес передачі повторюється безперервно, доки існують сприйнятливі організми, доти є "пальне" для збудника.

Таким чином, збільшується кількість збудників, кількість хворих, поширюється захворюваність. У цьому і вбачають сутність епідемічного процесу, основною закономірністю якого є безперервність, що підтримує життєздатність популяції збудників інфекційних хвороб.

Найкраще основні риси епідемічного процесу були вивчені Л.В. Громашевським, який уклав їх у так звані закони епідеміології.

1. Джерелом збудника інфекції є заражений (хворий, а іноді здоровий) організм людини або (при зоонозах) тварини.
2. Локалізація збудника інфекції в організмі та механізм передачі його — взаємообумовлені явища. Закономірно змінюючи один одного, вони утворюють безперервний ланцюг, який забезпечує існування виду збудника в природі, а разом з тим безперервність епідемічного процесу при будь-яких інфекційних хворобах.
3. Специфічна локалізація збудників інфекційних хвороб в організмі, відповідний їй механізм передачі можуть бути покладені в основу раціональної класифікації інфекційних хвороб людини. За цими ознаками вони поділяються на 4 групи:

Група інфекцій	Первинна локалізація	Механізм передачі
Кишкові	Травний канал	Фекально-оральний
Дихальних шляхів	Дихальні шляхи	Крапельний
Кров'яні	Кров	Трансмисивний
Зовнішніх покривів	Зовнішні покриви	Контактний

4. Епідемічний процес виникає і підтримується тільки за умови спільних дій таких трьох *первинних -рушійних сил* (чинників, агентів):
 - існування джерела збудника інфекції;
 - можливість здійснення механізму його передачі;
 - сприйнятливості населення до даної інфекції.

При виключенні хоч одного з цих чинників епідемічний процес припиняється. На цьому законі базуються заходи профілактики всіх інфекційних хвороб.

5. Природні та соціальні явища зумовлюють кількісні та якісні зміни епідемічного процесу шляхом впливу на його первинні, рушійні сили (джерело збудника, механізм передачі, сприйнятливості), а тому вони є вторинними, або опосередкованими силами епідемічного процесу.
6. Епідеміологія будь-якої інфекційної хвороби може змінюватись, якщо у соціальному житті суспільства виникають зміни, які спрово-

можні впливати, стимулюючи або пригнічуючи первинні рушійні сили епідеміологічного процесу, для чого зовсім не потрібні будь-які змієш у біологічній основі відповідної хвороби. Особливо небезпечним є виникнення внутрішньолікарняних інфекцій. Внутрішньолікарняні інфекції є однією з причин ускладнень і тривалої госпіталізації хворих, збільшення летальності й смертності, тобто призводять до значних соціально-економічних втрат.

Внутрішньолікарняною інфекцією вважають будь-яке клінічно виражене захворювання (вірусного, бактеріального, грибкового) походження, що виникає внаслідок інфікування при обстеженні, лікуванні чи перебуванні в стаціонарі і після виписування з лікувального закладу впродовж місяця.

Тих, котрі захворіли, об'єднують умови інфікування, збудники та клінічні прояви захворювання. При підозрі на внутрішньолікарняне інфікування у виписаного хворого необхідно провести спеціальне епідеміологічне розслідування. Внутрішньолікарняні інфекції можуть вражати також і медичний персонал **при здійсненні їхньої фахової діяльності** (рис. 2.1).

Контингент, який вражається
пацієнти медичний персонал
Місце зараження
стаціонар поліклініка, лабораторія, донорський пункт
Причини зараження
контакт із хворими, носієм порушення санітарно-гігієнічного, протиепідемічного режимів необеззаражений інструментарій фахова діяльність аварії в лабораторії

Рис. 2.1. Внутрішньолікарняна інфекція.

Відомості про частоту внутрішньолікарняних інфекцій неоднакові в різних стаціонарах, тому що реєстрація їх неповна. За опублікованими даними, ці інфекції уражають від 6-8 до 10 % госпіталізованих хворих, вони мають різноманітні клінічні форми, виявляються у вигляді спорадичних захворювань або спалахів.

Термін "внутрішньолікарняні інфекції" має збірний характер, тому що це поняття об'єднує різноманітні нозологічні форми.

Етіологія. Причиною внутрішньолікарняних інфекцій можуть стати збудники відомих і поширених інфекційних хвороб. Для дитячих лікарень актуальні внутрішньолікарняні спалахи інфекцій із краплинним механізмом передачі (наприклад, вітряна віспа та ін.), для всіх стаціонарів — гострі респіраторні вірусні інфекції. Гострі кишкові інфекції при харчовому шляху передачі збудників можуть виявлятися у вигляді спалахів серед хворих усіх відділень лікарні. Зареєстровано зараження в стаціонарах вірусним гепатитом В, інфекцією ВІЛ тощо. Поряд із безумовними збудниками інфекційних хвороб причинами внутрішньолікарняних інфекцій можуть бути умовно-патогенні агенти, які спроможні викликати хворобу в ослаблених хворих або людей похилого віку. До таких збудників належать стафілококи, стрептококи, синьогнійна паличка, протей, кишкова паличка, сальмонели, ентеробактерії, ентерококи й інші мікроорганізми.

У лікарняних умовах в ослаблених і осіб, які протягом тривалого терміну одержують променеву терапію або антибіотики, може відбутися бурхливе розмноження непатогенної флори — постійних мешканців шкіри і слизових оболонок. Внутрішньолікарняні інфекції можуть бути екзогенного й ендогенного походження.

Стосовно до мікроорганізмів — збудників внутрішньолікарняних інфекцій — часто застосовують термін "госпітальний штаб". Звичайно, при цьому мають на увазі культури, що викликали в стаціонарі епідемічний процес і відрізняються рядом характерних ознак, серед яких — підвищена *токсичність*, що поєднується з *резистентністю* до антибіотиків і дезінфектантів. Важливою і особливою рисою їх є невибагливість до умов середовища перебування і великі можливості розмноження.

Джерела збудників внутрішньолікарняних інфекцій. Ними можуть бути самі хворі, які знаходяться в інкубаційному періоді захворювання (кір, вітряна віспа, епідемічний паротит тощо) або при нерозпізаному, неправильно діагностованому захворюванні. Часто таким джерелом є здорові бактеріоносії, наприклад носії сальмонел, стафілококів, пневмоцист.

Певну небезпеку становлять матері (носії збудників або нерозпізані хворі з легкими атиповими формами) в акушерських стаціонарах і відділеннях для дітей раннього віку. Джерелом інфекції може бути медичний персонал при наявності нерозпізаної хвороби, а також носійстві патогенних або умовно-патогенних збудників. Так, у пологових будинках і будинках дитини носії пневмоцист — практично здорові медичні працівники, ставали джерелами інфекції для дітей. У зв'язку з тривалим інкубаційним періодом (до 30-45 днів) захворювання у дітей, що виникали після виписування з пологового будинку, не завжди пов'язували із їх перебуванням у стаціонарі.

Механізм передачі збудників внутрішньолікарняної інфекції включає множинні й різноманітні шляхи і чинники, відповідно до різноманітності збудників, профілю стаціонару, контингенту хворих, які знаходяться на лікуванні, обсягу лікувально-діагностичних процедур і маніпуляцій. Водночас є ряд загальних чинників, що сприяють або перешкоджають поширенню збудників. Насамперед, це планування лікарняних приміщень, розміщення хворих, санітарно-гігієнічні умови в стаціонарі, процедурних і діагностичних кабінетах. У сучасних багатоповерхових корпусах безсумнівною зручністю є компактне розташування діагностичних і допоміжних відділень. Водночас концентрація в них великого числа хворих і персоналу сприяє повітряно-крапельному і повітряно-пиловому поширенню збудників. Цьому сприяють течії повітря, що у короткий термін переміщують аерозолі, які містять збудники, коридорами і сходами.

Важливу роль у поширенні або припиненні шляху передачі інфекції через повітря виконує вентиляція. Надійну гарантію створюють окремі вентиляційні ходи для різних палат і боксів. Добрими засобами очищення і знезаражування повітря є повітроочисні пристрої (ВОПЕ-155, ВОПР-0,9), які варто використовувати в перев'язувальних і процедурних кабінетах. Кондиціонери, створюючи заданий мікроклімат, рекомендуються як надійний і безпечний засіб очищення повітря. Але при використанні їх варто контролювати чистоту води, що застосовується для зволоження повітря.

Раціональний режим прибирання (регулярність, вологе прибирання, пиловсмоктувач) зменшує небезпеку повітряно-крапельного шляху передачі. Варто мати на увазі, що постільна білизна — матраци, ковдри, подушки — також можуть стати чинниками передачі стафілококів, грибків та інших збудників.

Контактно-побутовий шлях передачі через руки медичного персоналу, білизну, предмети догляду за хворими, а також медичний інструментарій і апаратуру сприяє поширенню псевдомонад і клібсидів, наприклад, в опікових і дитячих відділеннях лікарень.

Харчовий шлях передачі збудників реалізується при порушеннях роботи харчоблоку, технології готування або збереження харчових продуктів і готових страв, і наявності нерозпізнаних носіїв інфекції серед працівників харчоблоку. Так, можуть виникати спалахи кишкових інфекцій у стаціонарі, санаторії.

Парентеральна передача збудників можлива при використанні незаражених шприців і голочок, при введенні інфікованих препаратів крові (вірусний гепатит, інфекція ВІЛ, стафілококи, малярія й ін.). У цілому, як правило, виявляються різноманітні шляхи і чинники передачі збудників при порушенні режиму стерилізації і дезінфекції медичного інструментарію, приладів і апаратів, невиконанні персоналом пра-

вил асептики, антисептики, особистої гігієни, режиму прибирання і дезінфекції.

Групи підвищеного ризику.

Виділяють пацієнтів з підвищеною чутливістю до збудників внутрішньолікарняних інфекцій. До них входять:

- новонароджені, головним чином, недоношені діти;
- хворі після оперативних втручань;
- хворі, яким проводили інвазивні лікувальні й діагностичні процедури (ін'єкція, інтубація, ендоскопія, катетеризація, взяття крові);
- пацієнти зі зниженою резистентністю: хворі на діабет; хворі, які одержують променеву терапію, імунодепресанти; "опікові" хворі; особи літнього віку; хворі, яким проведена нераціональна антибіотикотерапія.

Гнійно-запальні або гнійно-септичні внутрішньолікарняні інфекції виникають при зараженні внаслідок операцій, ін'єкцій, пологів і абортів, у зв'язку з переливанням крові, гемодіалізом, катетеризацією судин та інших процедур.

Етіологія гнійно-запальних інфекцій різноманітна. Найчастішими збудниками цих захворювань є стафілококи, пневмококи, ентеробактерії, грибки. Носіями стафілококів можуть бути 20-70 % і більше медичних працівників пологових будинків і стаціонарів. Серед різних категорій носіїв постійні мають найбільшу епідеміологічну небезпеку. Локалізація стафілококів у носоглотці і на шкірі визначає найбільш типові шляхи передачі — повітряно-крапельний і контактнo-побутовий (через руки, предмети і навіть медичний інструментарій). У новонароджених і породіль стафілококи - найчастіша причина гнійно-септичних інфекцій. У травматологічних і опікових відділеннях значну частку становить синьогнійна інфекція. Джерелом зараження стають хворі з гнійно-септичним процесом і носії серед персоналу. Передача збудників відбувається повітряно-крапельним (від персоналу), пиловим (від об'єктів навколишнього середовища) і контактнo-побутовим шляхом (через апаратуру, інструментарій, білизну).

В урологічних стаціонарах зараження може відбуватися під час цистоскопії і катетеризації сечовивідних шляхів.

У відділеннях для новонароджених і в дитячих лікарнях відомі внутрішньолікарняні спалахи і спорадичні захворювання на сальмонельоз, викликані "госпітальними" штамами, стійкими в зовнішньому середовищі до дезінфектантів. Під час перебування хворого в стаціонарі зростає роль контактнo-побутового механізму передачі. Для дитячих стаціонарів актуальним є інфікування ентеропатогенними кишковими паличками через руки персоналу, заражені предмети. Є епідеміологічні спостереження про зараження через повітря (крапельним або пиловим шляхом), оскільки бактерії виявляли в носі й глотці пацієнтів, в пилюці.

Епідеміологічний нагляд за внутрішньолікарняною інфекцією включає облік, реєстрацію захворювань, розшифровування етіологічної структури, вивчення циркуляції патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. У цю роботу входить контроль за здоров'ям медичного персоналу (захворюваність і носійство епідеміологічно небезпечних мікроорганізмів). Складовою частиною епідеміологічного нагляду є контроль за додержанням санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів у лікувально-профілактичних закладах.

У кожній лікувально-профілактичній установі 1 раз на місяць проводять аналіз захворюваності на внутрішньолікарняні інфекції і розробляють конкретні рекомендації з виконання профілактичних і протиепідемічних заходів. Найбільш поширеними нозологічними формами, які підлягають реєстрації, є генералізовані форми (сепсис, менінгіт, остеомієліт), пневмонії (у пологових закладах, відділеннях новонароджених і недоношених, у дитячих стаціонарах, у реанімаційних відділеннях лікарень), захворювання шкіри і підшкірної основи (піодермія, абсцес, флегмона), омфаліт, кон'юнктивіт, отит, мастит, ендометрит, ранова післяопераційна інфекція, гострі кишкові захворювання встановленої і невстановленої етіології, уретрит, цистит, пієлонефрит.

Звичайно, епідеміологічне обстеження проводиться епідеміологом за участю завідувача відділення і заступника головного лікаря лікарні при наявності трьох і більше випадків внутрішньолікарняних інфекцій і кожного випадку сепсису.

В інших випадках обстеження виконують заступник головного лікаря за участю лікаря і куратора. На кожне внутрішньолікарняне інфекційне захворювання заповнюють "екстрене повідомлення", яке передають в санепідемстанцію. Виявленого інфекційного хворого переводять в окрему палату (ізолятор), а потім в інфекційну лікарню. Хворі з гнійно-септичними інфекціями повинні бути переведені в спеціалізоване відділення гнійної хірургії.

Профілактика внутрішньолікарняного зараження в стаціонарі включає широке коло заходів (рис. 2.2).

2.1.2 Види, методи і режими дезінфекції

Санітарно-гігієнічний режим, його раціональна організація і підтримка — функція керівників стаціонару і відділення. Насамперед ними повинно бути вирішене питання виховання у всього персоналу почуття відповідальності за високу якість виконуваної роботи, розуміння причин і умов поширення внутрішньолікарняних інфекцій, грамотне виконання правил роботи.

Санітарно-гігієнічні

- ▶ **Режим провітрювання**
 - вентиляція
 - кондиціонери
 - переносні повітроочишувачі
 - роздільні вентиляційні канали
- ▶ **Прибирання помешкань**
 - регулярність проведення
 - використання дезінфікантів
 - дезінфекція збирального інвентарю
- ▶ **Дезінфекція постільних речей**
 - дезінфекційна камера
- ▶ **Разові комплекти**

Розміщення хворих

дотримання санітарних норм устаткування боксів
устаткування ізоляторів для хворих з ВІЛ-інфекцією
ізоляція хворих з ускладненнями пологовий будинок:
мати і дитя

Раціональна терапія

раціональна антибіотикотерапія
обгрунтованість

Протиепідемічний режим

- ▶ **Знезаражування інструментарію**
 - централізовані стерилізаційні відділення
- ▶ **Безпечне харчування**
 - контроль харчоблоку, пункту роздачі
 - раціональне збереження продуктів
- ▶ **Контроль здоров'я персоналу, хворих**

Рис. 2.2. Спрямованість профілактичних заходів.

Санітарно-протиепідемічний режим — це комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню внутрішньолікарняної інфекції.

Санітарно-протиепідемічний режим включає вимоги до санітарного стану території, на якій розміщена лікарня, внутрішнього обладнання лікарні, освітлення, вентиляції та санітарного стану приміщень лікарні. Комплекс заходів, які спрямовані на попередження внутрішньолікарня-

ної інфекції передбачає дезінфекцію, суворе дотримання вимог асептики, антисептики, передстерилізаційну обробку, стерилізацію, знезараження повітря, виявлення носіїв патогенної флори серед медперсоналу і їх санацію, виявлення джерел інфекції у хворих і їх лікування.

Дезінфекція (від французького слова *des* — заперечення і латинського *infectio* — інфекція) — це знищення в середовищі, яке оточує людину, *патогенних* мікроорганізмів (бактерій, вірусів, рикетсій, найпростіших, грибів, токсинів).

При дезінфекції знищуються в основному *патогенні мікроорганізми*. Цим дезінфекція відрізняється від стерилізації, при якій знищуються всі види мікроорганізмів і їх спори.

Мета дезінфекції — знищити збудника в середовищі, яке оточує людину. Для проведення дезінфекції необхідно знати:

- 1) що підлягає знезараженню;
- 2) коли необхідно провести дезінфекцію;
- 3) чим провести дезінфекцію;
- 4) як здійснити дезінфекцію.

Розділи дезінфекції: 1) власне дезінфекція; 2) дезінсекція; 3) дератизація; 4) стерилізація.

Дезінсекція — комплекс науково обґрунтованих заходів і способів боротьби із членистоногими, що є переносниками інфекційних хвороб. Вона може бути профілактичною (створення умов, які стримують їх розмноження) і винищувальною.

Дератизація — це комплекс заходів, що спрямовані на знищення гризунів, які є джерелами або переносниками інфекційних хвороб.

Розрізняють два види дезінфекції: 1) профілактичну; 2) осередкову.

Профілактична дезінфекція проводиться постійно, незалежно від наявності джерела інфекційного захворювання. Мета — запобігти виникненню і поширенню інфекційного захворювання та накопиченню збудника захворювання в навколишньому середовищі.

Осередкова дезінфекція, залежно від того, на якому етапі передачі збудника інфекції вона проводиться, поділяється на *поточну* та *заключну*.

Поточна дезінфекція проводиться в осередку інфекції *в присутності хворого чи бацілоносія*. Мета поточної дезінфекції: запобігання розсіюванню збудника в навколишньому середовищі шляхом негайного знищення збудника інфекції після його виведення з організму хворого чи носія.

Заключна дезінфекція проводиться одноразово в осередку інфекції *після ізоляції, виїзду, смерті хворого чи бацілоносія*. Її мета — повне знезараження об'єктів, які могли бути заражені збудником інфекції. Заключну дезінфекцію проводять в осередках тих інфекцій, збудники яких стійкі в навколишньому середовищі. До них належать: чума, холера, поворотний тиф, черевний тиф, сальмонельози, дизентерія, гаст-

роентерити, коліти, інфекційний гепатит А і вірусні гепатити, поліомієліт, туберкульоз, дифтерія, менінгококова інфекція, грибові захворювання, глистяні інвазії та деякі інші. Заключну дезінфекцію виконують дезінфекційні бригади санепідемстанції.

Методи дезінфекції: механічний, фізичний, хімічний.

Механічні методи — чищення, вологе прибирання, прання, провітрювання, витрушування, вентиляція, фільтрація. Цими засобами можна звільнити багато речей і поверхонь від пилу і бруду, а відтак — від значної кількості мікроорганізмів. Побутовий пиловсмоктувач разом з пилюкою видаляє до 98 % мікробів.

При провітрюванні помешкань протягом 15 хв кількість мікроорганізмів у повітрі різко зменшується, а через 30 хв вони майже відсутні. Промисловість випускає спеціальне вентиляційне обладнання, що широко застосовується в лікувально-профілактичних закладах. Провітрювання має велике значення для профілактики грипу, кору, вітряної віспи, краснухи й інших інфекційних хвороб, збудники яких передаються крапельним шляхом і нестійкі у повітрі. Для зменшення бактерійного забруднення повітря чи води можна використовувати ще й фільтрування.

Фізичні методи.

Термічні і променеві засоби — це використання високої або низької температури, висушування, ультразвуку, струмів ультрависокої частоти (УВЧ), а також надвисокочастотного (НВЧ), радіоактивного опромінення, освітлення ультрафіолетовими лампами, що мають бактерицидну дію.

Гаряче повітря або сухий жар застосовують у повітряних стерилізаторах та інших апаратах для знезараження лабораторного посуду, інструментів. Гаряче повітря використовують також у повітряних камерах для дезінсекції одягу, матраців, подушок, ковдр або інших речей. Прасування білизни, одягу також спричиняє знезараження.

Кип'ятіння. Застосовується для дезінфекції виробів зі скла, металу, стійких полімерних матеріалів, гуми. При кип'ятінні виробів з полімерних матеріалів усі вироби повинні бути попередньо загорнуті в марлю. Кип'ятінням знезаражують посуд, предмети догляду за хворими, білизну, іграшки.

Для дезінфекції виробів методом кип'ятіння використовується дистильована вода — час кипіння 30 хв з моменту закипання. Знезаражувана дія кип'ятіння підсилюється при додаванні у воду соди — час кип'ятіння скорочується до 15 хв. Слід зазначити, що всі вироби повинні бути занурені у воду. Кип'ятіння проводиться в спеціальних кип'ятільниках або в закритому емальованому посуді.

Водяну пару використовують у дезінфекційних камерах з метою знезараження одягу, постільної білизни й інших м'яких речей. У парових стерилізаторах її використовують для стерилізації перев'язувального матеріалу та інструментів.

Випалювання і прожарювання за допомогою спиртівки, газового пальника чи паяльної лампи використовують для дезінфекції лабораторних петель, голок, ватних корків, пробірок тощо.

Спалювання. У спеціальних печах, ямах або на багаттях спалюють сміття, ганчірки, залишки їжі, трупи тварин тощо.

Пастеризація — це прогрівання харчових продуктів до температури 70-80 °С протягом 30 хв, що призводить до загибелі вегетативних форм мікробів, але не знищує їх спор.

Тиндалізація (повторна, дробна пастеризація) — прогрівання білкового матеріалу при температурі 56-58 °С протягом 1 год щодня впродовж 5-6 днів. У такий спосіб вдається знищити спори, які проростають.

Холод. Штучне заморожування патогенних збудників не призводить до їхньої повної загибелі. Однак при низькій температурі знижується кількість мікроорганізмів, а також сповільнюється їхня життєдіяльність. Тому таку обробку використовують у харчовій промисловості для консервування.

Висушування. Іноді може використовуватися саме такий спосіб дезінфекції, оскільки деякі патогенні мікроорганізми під впливом тривалого висушування гинуть.

Сонячне світло, ультрафіолетові промені. їх використовують для зниження бактерійного забруднення повітря і поверхонь. Ультрафіолетові промені одержують за допомогою спеціальних бактерицидних ламп, які широко застосовуються у маніпуляційних кабінетах, операційних блоках, палатах та інших приміщеннях лікарень і поліклінік.

Хімічні методи знезараження.

Хімічний метод дезінфекції базується на використанні хімічних речовин або їх поєднання з мийними засобами. Вимоги, що ставляться до хімічних дезінфектантів:

- добра їх розчинність у воді або утворення в ній емульсії;
- ефективність у мінімальних концентраціях і здатність швидко вбивати мікроорганізми;
- забезпечення знезаражувальної дії навіть при наявності органічних речовин;
- стійкість при збереженні;
- нетоксичність для людей.

Ефективність дезінфекції залежить від ряду факторів: концентрації активної речовини, її кількості, особливостей об'єктів знезараження, засобів їхньої обробки і часу впливу (витримки). Зокрема, наявність у середовищі органічних речовин (кров, слиз, мокротиння) затримує процес загибелі мікробів; підвищення температури розчину — посилює бактерицидний ефект. Препарати хлору доцільно застосовувати з *активаторами*, які стимулюють виділення активного хлору і завдяки цьому посилюють бактерицидний ефект. Активаторами найчастіше є амонійні солі: хло-

рид, нітрат або сульфат амонію, а також аміак (10 % нашатирний спирт). Готують активовані розчини безпосередньо перед використанням.

Найчастіше вдаються до вологого методу дезінфекції з використанням дезрозчинів або аерозолів. Зануренням у розчини обробляють білизну, посуд, іграшки; зрошенням — стіни, меблі; протиранням — картини, поліровані речі. Аерозолі застосовують насамперед для знезараження повітря і поверхонь.

У дезінфекційній практиці використовують різні хімічні сполуки.

Хлоровмісні засоби.

Хлорне вапно. Його діюча речовина — активний хлор. Випускається трьох гатунків, що містять відповідно 35, 32 і 26 % активного хлору. Хлорне вапно, яке містить менше ніж 15 % активного хлору, для дезінфекції непридатне. Активним хлором називають ту його кількість, яку може витіснити з хлорного вапна розведені соляна чи сірчана кислоти. Використовують для дезінфекції при кишкових інфекціях та інфекціях дихальних шляхів. Має вірулецидні, бактерицидні, спороцидні та фунгіцидні властивості.

Сухе хлорне вапно застосовують для знезаражування рідких виділень хворого (мокротиння, блювотні маси, сеча, рідкий кал) і дезінфекції місць виплоду мух. Для приготування робочих розчинів використовують освітлений 10 % (маточний) розчин хлорного вапна. Застосовується переважно для дезінфекції лікувально-профілактичних і житлових приміщень при кишкових і крапельних інфекціях бактерійної та вірусної етіології. Слід зазначити, що хлорне вапно має стійкий неприємний запах, подразнює слизові оболонки очей і дихальних шляхів, знебарвлює тканини, викликає корозію металу.

Хлораміни (хлорамін Б, хлорамін ХБ) містять 25-29 % активного хлору. Діють бактерицидно, вірулецидно і фунгіцидно. На спори бактерій впливають тільки активовані 1-4 % розчини хлорамінів. Активування досягають додаванням до розчинів аміаку (1:1-1:2). Активовані розчини готують безпосередньо перед їх використанням. Активування хлораміну або хлорного вапна дозволяє зменшити концентрацію препаратів у 2-10 разів, експозицію — у 3-4 рази, а витрати препарату — в 2-10 разів. З метою знезаражування білизни, посуду, іграшок, предметів догляду за хворими, приміщень, меблів використовують 0,2-3 % розчин хлораміну. Міцні концентрації (5-10 %) застосовують для знищення збудників туберкульозу, мікозів і спорових форм.

Двотретинноосновна сіль гіпохлориду кальцію (ДТСГК) містить 47-52 % активного хлору. Має велику стійкість — може зберігатися до 5 років. Може використовуватись для усіх видів дезінфекції в концентраціях нижчих, ніж хлорне вапно. Застосовують у вигляді сухого порошку, неосвітленого та освітленого розчинів для дезінфекції води, виді-

лень хворого, стін, підлоги, посуду, ґрунту. Розчин готують за 30 хв до застосування.

Натрієва (калієва) сіль дихлорізоціанурової кислоти (НСДХІК) містить 56-60 % активного хлору. Використовують у вигляді 0,1-0,3 %, іноді 3-5 % водних розчинів. На основі цієї солі синтезовані препарати *хлордезин* і *хлорцин* з меншим вмістом активного хлору.

Трихлорізоціанурова кислота містить близько 90 % активного хлору. Використовують для дезінфекції при кишкових інфекціях та інфекціях дихальних шляхів у концентрації 0,05-0,1 %, при спорових формах збудника — 0,1 %.

Дихлордиметилгідантоїн містить 69-70 % активного хлору. Використовують 0,025-0,1 % розчини. На його основі виготовлений препарат сульфохлорантин, який застосовують для дезінфекції в 0,1-0,2 % розчинах.

Хлорантоїн — багатокомпонентний дезінфектант третього покоління з мийним ефектом. Має бактерицидну, вірулецидну і фунгіцидну активність. За дезінфекційною активністю він у 5-10 разів переважає хлорне вапно і хлорамін. Використовують для знезараження виробів медичного і санітарно-технічного призначення, білизни, посуду; для поточної і заключної дезінфекції у лікувально-профілактичних закладах, будинках відпочинку, санаторіях, школах, гуртожитках, на вокзалах, підприємствах громадського харчування, в осередках кишкових і крапельних інфекцій — у концентрації 0,1-0,2 %, в осередках дерматомікозів і туберкульозу — в концентрації 1-3 %.

Широко застосовують такі хлоровмісні дезінфектанти, як *гіпохлорид натрію* (0,1-0,2 % водний розчин), *дезам* (0,25-1 % розчин), *гексахлор*, *дезеф* (0,1-0,3 % розчини), *пантоцид* (таблетка, яка містить 4 мг активного хлору і використовується для знезараження води).

Йод, бром та їхні сполуки. Зрідка застосовують: *дибромантин* — для знезараження води у плавальних басейнах; *йодофори* (комплекси йоду з поверхнево-активними сполуками) — у хірургічній практиці. Мають бактерицидні, фунгіцидні та спороцидні властивості.

Похідні фенолу. їх найчастіше змішують з милом або з мийними засобами, щоб розчинити у воді. Застосовують: *фенол* (3-5-8 % розчин у 10 % калійному милі для дезінфекції приміщень, меблів, білизни, іграшок, ванн, вбиралень, відділень); *мильно-фенолову суміш* (3-5 % фенолу і 2 % мила); *1-хлор-бета-нафтол* (33 % паста). Останньому препарату притаманна вибіркова дія на туберкульозну паличку, тому й застосовують його здебільшого у вигляді 0,5-4 % розчинів у лікувальних закладах протитуберкульозного профілю та в сімейних осередках.

Альдегіди. *Формальдегід* (альдегід мурашиної кислоти) використовується у вигляді 40 % розчину у воді, який називають *формаліном*. Його застосовують у пароформалінових камерах, для дезінфекції жит-

лових приміщень і різних предметів. Застосовують 2-3 % розчин формальдегіду.

Бета-пропіолактон в концентрації 1:5000 діє бактериостатично, а 1:1000 — бактерицидно. Найчутливіші до цього препарату віруси, які гинуть при застосуванні його у концентрації 0,05 %. Бета-пропіолактон можна використовувати у формі аерозолів та в дезінфекційних камерах. Препарат високотоксичний.

Окисники. Найчастіше застосовують у хірургічній практиці: *перекис водню* — 3-6 % у 0,5 % розчині мийних засобів; *надоцтова кислота* та створений на її основі *дезоксон-1* мають сильні бактерицидні, вірулецидні, фунгіцидні властивості, використовуються для профілактичної й осередкової дезінфекції; *надмурашина кислота* та "*Первомур*" ("*С-4*") використовують для знезараження рук та операційних інструментів.

Луги. Це *їдкий натр*, *їдке калі*, *негашене вапно*, *каустична та кальцинована сода*, *суміш лугів з різними домішками*, *ДЕМП*, що застосовуються у ветеринарній практиці.

Спирти (*етиловий, пропіловий та ізопропіловий*). Використовують для знезараження рук хірургів та консервації біологічних об'єктів. Найсильнішу бактерицидну дію має 70° спирт. Пропіленгліколь і триетиленгліколь рекомендовано для дезінфекції повітря, бо вони згубно діють на бактерії і є безпечними для людей.

Поверхнево-активні засоби. Характеризуються не лише високою антимікробною активністю, але й мийними властивостями. Серед них варто згадати про *неіоногенні середники з сильним мийним ефектом* (ОП-7, ОП-10, СФ-1, СФ-2); *аніонні* (мила карбонових кислот та ефіри сірчаної кислоти), *катионні* (дегмін, диметамін-10, катіонат, роккал, ніртан, А-660 та ін.); *амфотерні* (амфолан, амфосепт, амфонафт у вигляді 0,5-2 % розчинів).

Інші хімічні сполуки. *Хлоргексидин і метацид* (у вигляді 0,5-1 % водних розчинів застосовують для дезінфекції в лікувально-профілактичних закладах, спиртових розчинів 1:40 — для знезараження рук хірурга та інструментів); *метасилікат натрію* (10 % розчином заливають виділення хворих, вміст вигрібних ям, помийниць, сміттєзбірників); *дезмол* (0,25-0,5 % розчин використовується для дезінфекції посуду); *гембар* (25 % концентрат, який розводять водою до потрібної концентрації (0,1-0,5 %) і застосовують для дезінфекції поверхонь посуду, санітарно-технічного і медичного обладнання).

Зараз широко розповсюджені імпорتنі дезінфектанти: *баціілолплус* і *бацілоцид расанд* (швидкодіючі спиртові розчини для дезінфекції поверхонь і медичних виробів, не містять формальдегіду); *дисмозон пур* (гранулят для дезінфекції і миття високочутливої апаратури, а також

поверхонь наркозної апаратури, інкубаторів, блоків діалізу тощо); *мікробак форте і сокрена* (економічні препарати для дезінфекції й миття поверхонь, медичних виробів і посуду); *дезин-супер* (спеціальний шампунь для обробки фарбованих, синтетичних та інших чутливих до агресивних середників поверхонь); *саніфект 128* (безпечний малотоксичний універсальний дезінфектант, дезодорант і мийний розчин); *корзолін і Д, корзолекс АФ і корзолекс базік*, (концентрати для дезінфекції і стерилізації медичних інструментів, зокрема ендоскопів). Ці препарати випускаються у концентрованому вигляді. Для досягнення робочої концентрації (0,25-2,5 %) їх розводять водою. Як правило, вони універсальні у використанні, дозволяють дезінфікувати, чистити й мити різні об'єкти, знезаражувати вироби медичного призначення, білизну, посуд, поверхні приміщень і санітарно-технічного обладнання.

З метою дезінфекції в домашніх умовах можна застосовувати мийні засоби протимікробної дії, що випускаються промисловістю: "Блиск", "Саніта", "Посудомий", "Дезус", "Дихлор-1", "Гексахлор" та ін.

Правила приготування дезінфекційних робочих хлоровмісних розчинів:

- 1) готують освітлений (маточний розчин) хлорного вапна: 1 кг сухого хлорного вапна розводять у 9 л холодної води (хлорне вапно подрібнюють дерев'яною лопаткою в емальованому посуді з кришкою або в скляній банці з притертою пробкою);
- 2) відстоюють суміш протягом доби;
- 3) зливають одержаний розчин в темний скляний посуд, закривають пробкою (так одержують 10 % розчин хлорного вапна, який можна зберігати 10 діб у темному місці);
- 4) на етикетці ставлять дату виготовлення розчину, його концентрацію, а також посаду і прізвище особи, яка приготувала даний розчин;
- 5) готують робочий розчин хлорного вапна (табл. 2.1).

Таблиця 2.1. Приготування робочих розчинів хлорного вапна з маточного розчину 10 % концентрації

Концентрація хлорного вапна в робочому розчині, %	Кількість 10 % розчину вапна, мл	Об'єм води, л
0,1	100	9,9
0,2	200	9,8
0,3	300	9,7
0,4	400	9,6
0,5	500	9,5
1	1000	9,0
3	3000	7,0
5	5000	5,0

Хлорно-вапняне молоко використовується для дезінфекції перев'язувального матеріалу в гінекологічних відділеннях і у відділеннях гнійної хірургії (матеріал замочується в 20 % розчині протягом 1 год).

Розчин хлораміну можна зберігати протягом 15 діб у скляному посуді з притертою пробкою. Приготування розчину різної концентрації दिється у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2. Приготування розчинів хлораміну різної концентрації

Концентрація хлораміну в розчині, %	Кількість хлораміну, г	Об'єм води, мл
0,2	2	1000
1	10	990
2	20	980
3	30	970
4	40	960
5	50	950

Для поточної дезінфекції використовується 1 % розчин хлораміну. Теплі розчини хлораміну (40-50 °С) більш активні, активний хлор в них не втрачається.

Хлорамін Б, його розчини 0,1-3 % використовуються для знезараження білизни, посуду, іграшок, предметів догляду за хворими у вогнищах кишкових та крапельних інфекцій, в лікувальних закладах та житлових будинках. При туберкульозі для знезараження концентрація розчину хлораміну Б збільшується до 5 %.

Рекомендують такі концентрацію і експозицію для різних деззасобів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3. Рекомендовані концентрація і експозиція для різних деззасобів

Дезінфекційний засіб	Концентрація розчину, %	Експозиція, хв
Перекис водню	6	60
Хлорамін	3	60
Активованій розчин хлораміну	0,5	60
Сульфохлорантин	0,5	60
Освітлений розчин хлорного вапна	3	60
Кип'ятіння у розчині харчової соди	2	15
Кип'ятіння у воді	-	30

Із хлоровмісних середників доцільно готувати активовані розчини 0,5 % концентрації (табл. 2.4), тому що при однаковій ефективності вартість активованих засобів у 5 разів менша.

Таблиця 2.4. Приготування активованих дезрозчинів
(активатор — аміачна селітра)

Концентрація активованого розчину, %	1л		10л	
	Кількість хлораміну, г	Кількість активатора, г	Кількість хлораміну, г	Кількість активатора, г
0,5	5,0	1,3	50,0	13,0

Активовані розчини хлораміну рекомендують для знезаражування спецодягу, білизни, для проведення генеральних прибирань в операційних, перев'язувальних, процедурних та інших маніпуляційних кабінетах.

Необхідно запам'ятати такі заходи безпеки при роботі з хлоровмісними розчинами:

- використовуйте гумові рукавиці, респіратори, халати, фартухи;
- після закінчення дезінфекції мийте руки з милом;
- при попаданні хлоровмісного розчину на шкіру та слизові оболонки пошкоджене місце зразу ж промивають чистою водою;
- при попаданні у верхні дихальні шляхи необхідно вийти з приміщення, прополоскати рот і носоглотку водою.

У зв'язку з тим, що в лікувальні заклади приймають хворих, вагітних і породілей, не обстежених на СНІД, вірусний гепатит, кожного з них розглядають як потенційного носія вірусу. Саме тому всі інструменти, предмети догляду, докільця при проведенні їх знезараження різко розмежовуються на дві групи:

- I — без біологічних забруднень (кров'ю, слизом, молоком, блювотними масами, вагінальними виділеннями і інше);
- II — з наявністю біологічних забруднень.

Інструменти без біологічних забруднень можна дезінфікувати, повністю зануривши їх, або протерти двічі ганчіркою, змоченою дезрозчином з інтервалом в 15 хв, або оросити їх деззасобом з терміном дії 60 хв.

Для таких інструментів застосовуються такі концентрації дезрозчинів:

- хлорамін 1 % — повне занурення на 30 хв;
- гіпохлорид натрію 0,25 % — повне занурення на 30 хв;
- гіпохлорид кальцію 0,5 % — повне занурення на 30 хв;
- сульфохлорантин 0,2 % — повне занурення на 30 хв.

Режим дезінфекції інструментів та предметів догляду з *біологічним забрудненням* дещо інший. При забрудненні розчину кров'ю його знезаражувальні властивості зменшуються, тому всі інструменти насамперед необхідно очистити від біологічних забруднень — промити в дезрозчині. При дезінфекції виробів, що мають внутрішні канали, порожнини, дезрозчини в кількості 5-10 мл пропускають через канал для усунення залишків крові, сироватки чи інших біологічних рідин відразу ж після їх використання. Після цього вироби повністю занурюють в розчин на

необхідний час занурення в іншій ємності. Дезрозчини з залишками біологічних речовин зливають в окрему ємність і лише після відповідної експозиції виливають.

Якщо вироби виготовлені з корозійнонестійких металів і не витримують контакту з дезрозчинами, їх необхідно промити в ємності з водою. Промивні води знезаражують кип'ятінням протягом 30 хв або засипають сухим хлорним вапном, або хлораміном для досягнення 3 % концентрації. Інструменти дезінфікують в окремій ємності.

Для дезінфекції можуть бути використані такі дезрозчини:

- 6 % розчин перекису водню — термін знезараження 60 хв;
- 3 % розчин хлораміну — термін знезараження 60 хв;
- активований розчин хлораміну 0,5 % — термін знезараження 60 хв;
- освітлений розчин хлорного вапна 3 % — термін знезараження 60 хв.

Всі інструменти дезінфікуються в розібраному вигляді. Відходи крові (згустки, сироватка), сечу, блювотні маси, ексудат і інші біологічні рідини для знезараження виливають у ємності з покриттями, засипають сухим хлорним вапном у співвідношенні 1:5 (200 г сухого деззасобу на 1 л рідини), перемішують і витримують 1 год, після чого виливають; перев'язувальний матеріал, забруднений кров'ю і гнійними виділеннями, повністю заливають дезрозчином, витримують термін знезараження, після чого викидають. Знезараженню підлягають всі біологічні відходи (плацента, видалені частини органів і інше).

Білизну, забруднену кров'ю, занурюють в дезрозчин (3 % розчин хлораміну, сульфохлортаін 0,5 %) з розрахунку 5 л розчину на 1 кг сухої білизни терміном 2 год. Після цього прополіскують у воді і перуть. Для знезараження стін, підлоги в приміщеннях, де є можливість їх забруднення кров'ю і іншими біологічними рідинами (операційна, пологовий зал і інше), їх орошують дезрозчином, витримують час знезараження, і лише після цього проводиться прибирання.

Згідно з діючими нормативними документами, дезінфекційні розчини для знезараження інструментів, предметів догляду тощо використовуються одноразово.

Дезінфекційні розчини виготовляються:

а) безпосередньо перед використанням в ємності, де проводиться дезінфекція виробів медичного призначення. При цьому на робочому місці повинні бути деззасіб та мірна ємність для правильного приготування дезрозчину. Ємність, в якій проводиться дезінфекція виробів медичного призначення, повинна бути промаркована — вказується назва дезрозчину, його концентрація, робиться помітка — "виготовляється щоденно"; 5) дезрозчин готується дезінфекторами у великій кількості, при правильному зберіганні його можна використовувати 7-10 днів (дезрозчини повинні зберігатись в темній закритій тарі). При такому варіанті обо-

в'язковим є проставлення на ємностях для дезінфекції назви дезрозчину, його концентрації та дати виготовлення.

При виборі того чи іншого дезінфекційного засобу слід звертати увагу, на який вид мікроорганізмів він діє, і вибирати найбільш оптимальний середник, його концентрацію, час знезараження.

Після застосування дезрозчинів всі вироби медичного призначення ретельно промиваються проточною водою до повного зникнення запаху дезрозчину.

Дезінфекція у лікувально-профілактичних закладах.

Дезінфекція у лікарні передбачає такі заходи:

- санітарну обробку хворих, яких приймають у стаціонар, і дезінфекцію їхньої білизни та одягу;
- організацію і проведення профілактичної та поточної дезінфекції усіх приміщень лікарні залежно від режиму їх роботи;
- проведення дезінфекції та дератизації з метою знищення побутових комах та гризунів і запобігання їх розмноженню;
- дезінфекцію транспорту, який може бути джерелом поширення інфекції.

Поточну дезінфекцію в лікарні проводять з метою запобігання виникненню внутрішньолікарняної інфекції.

До заходів, що блокують виникнення внутрішньолікарняної інфекції та забезпечують своєчасну ізоляцію її джерел, відносять постійний бактеріологічний контроль і обстеження можливих джерел та шляхів її поширення (хворі з гострою чи хронічною інфекцією, персонал відділення, повітря палат і операційно-перев'язувального блоку, інструментарій тощо). Бактеріологічному контролю підлягають: фартухи, змиви з рук, матеріал з операційного стола, столик анестезіолога, наркозний апарат, ларингоскоп, шланги для відведення кисню. Обстеження персоналу відділень на носійство золотистого стафілокока проводять 1 раз на квартал. Виявлені бактеріоносії підлягають санації до повного одужання. Працівників, у яких не вдається ліквідувати хронічний запальний процес дихальних шляхів, переводять на іншу роботу.

Контроль якості дезінфекційних заходів здійснюють дезінфекційні станції, санепідемстанції та бактеріологічні лабораторії лікувальних закладів, її оцінюють шляхом візуального, а також об'єктивного контролю з використанням хімічного і бактеріологічного методів.

Візуальний контроль має на меті з'ясувати санітарний стан об'єкта, своєчасність проведення дезінфекційних заходів, обґрунтованість вибору об'єктів і методів знезараження.

Хімічний контроль використовують для визначення дієвості робочих розчинів відповідно до інструкцій. Виявлення в лабораторних умо-

вах меншої, ніж потрібно, кількості діючої речовини є доказом поганої якості дезінфекції.

У разі застосування хлоровмісних засобів можна використовувати йод-крохмальний метод контролю. Якщо контрольована поверхня дійсно була оброблена хлоровмісним дезрозчином, то при дотику до неї тампона, змоченого сумішшю 3 % розчину йодиду калію з 2 % крохмальним клейстером, з'явиться специфічне синьо-буре забарвлення. Воно зникне після протирання ваткою, змоченою у 3 % розчині тіосульфату натрію.

Бактеріологічний контроль дезінфекції проводять в осередках кишкових інфекцій шляхом виявлення кишкової палички на оброблених предметах. Для взяття змивів готують ватні тампони на паличках і стерилізують у паперових пакетах. При заборі проб тампон змочують у 1 % розчині тіосульфату натрію або в середовищі збагачення. Змиви з кожного об'єкта роблять одним тампоном. Після взяття змиву тампон занурюють до дна пробірки з живильним середовищем. При цьому краї пробірки обпалюють над полум'ям пальника. На ній зазначають порядковий номер і під тим же номером заносять у список предмет, з якого була взята проба.

Дезінфекцію вважають якісною за *відсутності росту* мікроорганізмів.

Проблема профілактики і лікування гнійних запальних процесів у сучасних умовах є надзвичайно актуальною. Основними збудниками гнійних захворювань є стафілокок, кишкова паличка, протей, стрептокок, синьогнійна паличка, анаеробні бактерії. Основними джерелами неспецифічної хірургічної інфекції є хворі з післяопераційними гнійними ускладненнями, а також бацилоносії.

Для профілактики гнійних ускладнень проводять комплекс санітарно-профілактичних заходів, які спрямовані на запобігання розвитку збудників інфекції в рані, їх знищення і переривання шляхів передачі. Тут особливе значення мають антисептика та асептика.

Антисептика — це комплекс заходів, які спрямовані на знищення мікробів у рані, патологічному вогнищі або в організмі в цілому.

Асептика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникненню мікробів у рану.

Особливе значення для дотримання асептики має стан рук медичного персоналу. На шкірі рук міститься дуже багато мікробів. Вони є не лише на її поверхні, але й у порах, численних складках, волосяних цибулинах, потових і сальних залозах. Особливо багато мікробів під нігтьовими пластинками. Тому нігті на руках у медичного персоналу мають бути коротко підстрижені. Осіб, які мають тріщини, подряпини, задирки, мозолі, гнійнички та інші запальні процеси, не допускають до маніпуляцій.

Миття рук медична сестра повинна обов'язково проводити як перед, так і після проведення маніпуляції. Послідовність дій при митті рук (рис. 2.3):

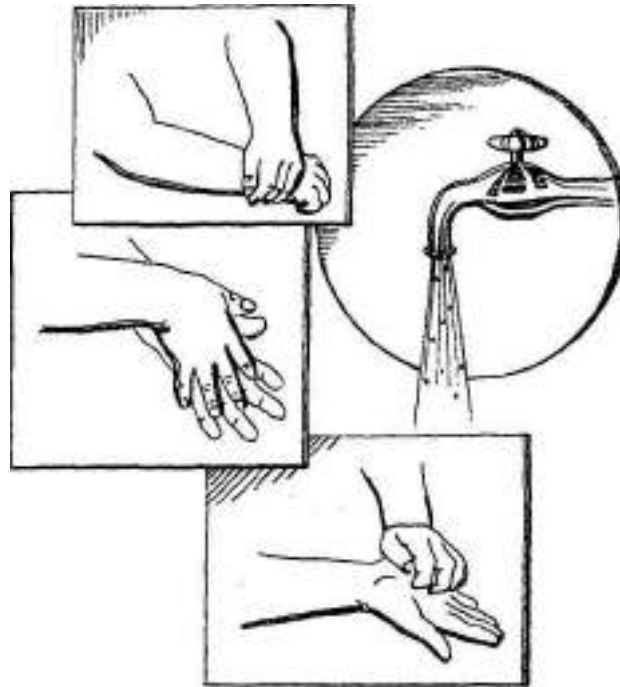


Рис. 2.3. Миття рук.

- 1) відкрийте кран і відрегулюйте температуру і потік води;
- 2) вимийте з милом нижню третину лівого, а потім правого передпліччя, змийте мило водою;
- 3) вимийте з милом ліву кисть і міжпальцеві проміжки, потім праву кисть і міжпальцеві проміжки, змийте мило водою;
- 4) вимийте милом нігтьові фаланги лівої, потім правої кисті;
- 5) закрийте кран, не торкаючись його пальцями;
- 6) висухіть спочатку ліву, потім праву руку (бажано використовувати для цієї мети паперовий рушник).

Для роботи в стерильних зонах, крім миття рук, проводиться їх знезараження. Існує декілька способів знезараження рук: метод Фюрбрінгера, обробка рук первомуром, діюцидом. Однак всі згадані вище методи не забезпечують абсолютної стерильності, тому після обробки рук рекомендується надягати рукавиці (рис. 2.4).

2.1.3. Стерилізація

Стерилізація (від лат. *sterilis* — безплідний) — це знищення всіх вегетативних і спорових форм патогенних і непатогенних мікроорганізмів.

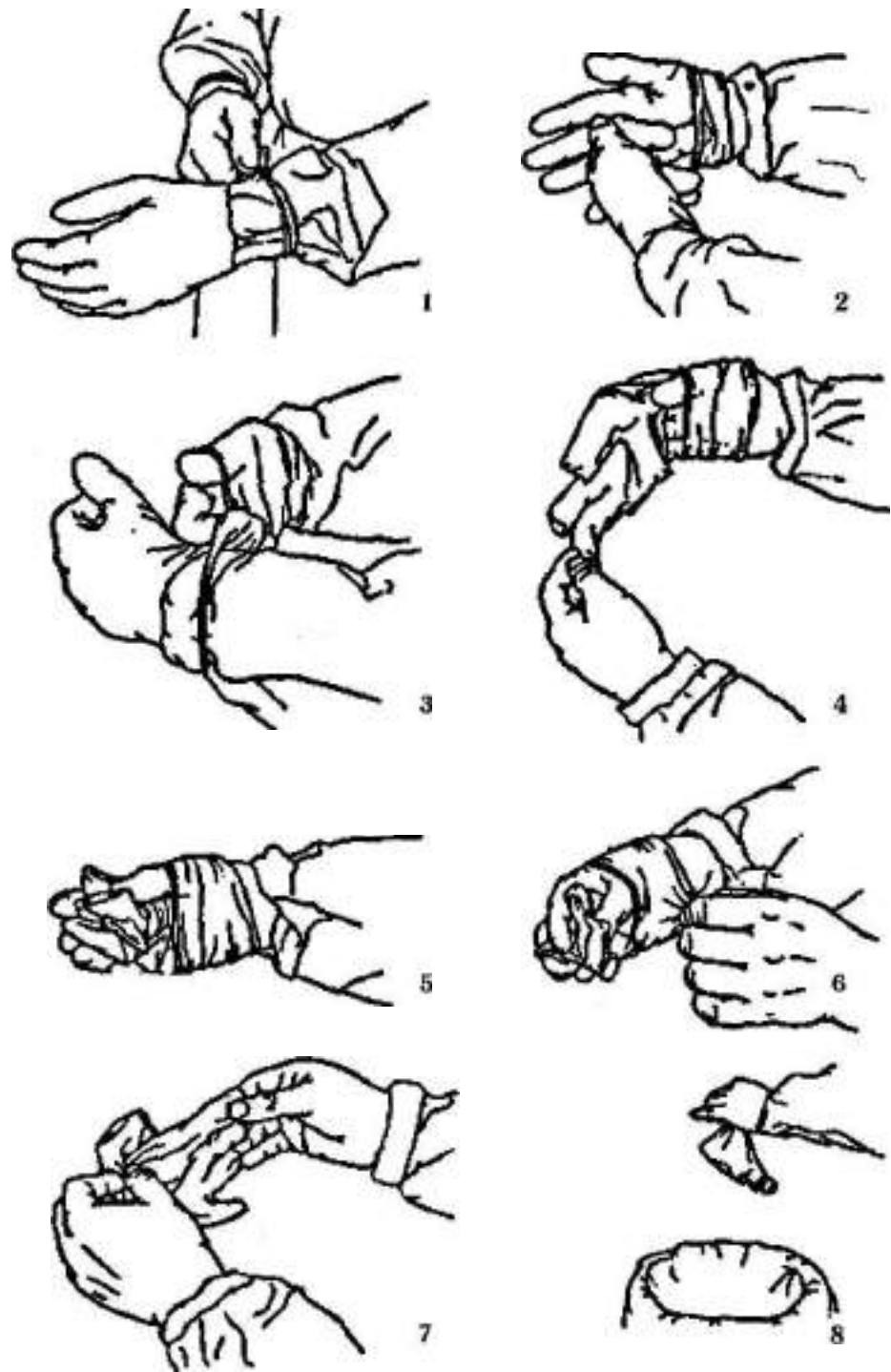


Рис. 2.4. Одягання та знімання рукавичок.

Стерилізації підлягають всі вироби медичного призначення, які в процесі свого використання передбачають контакт з рановою поверхнею, слизовими оболонками й ін'єкційними засобами. Наприклад, ножиці для підстригання нігтів лише дезінфікуються. А ножиці для зняття швів — обов'язково повинні бути стерильними; термометр медичний після використання дезінфікуємо, а коли необхідно виміряти температуру в прямій кишці (у дітей, гінекологічних хворих), його потрібно стерилізувати.

Передстерилізаційна очистка інструментів.

Весь інструментарій, який в подальшому буде стерилізуватися, повинен пройти передстерилізаційну очистку, яка застосовується з метою очищення його від біологічних, механічних забруднень, залишків ін'єкційних препаратів.

Передстерилізаційна очистка проводиться механічним або ручним способом.

Механічну передстерилізаційну очистку здійснюють за допомогою спеціального обладнання струменним, ротаційним методом із застосуванням йоржів або ультразвуку. Передстерилізаційна очистка інструментів ручним методом складається з таких етапів:

1. Промивання під проточною водою — кожен інструмент окремо в розібраному вигляді протягом 0,5-1 хв.
2. Замочування в комплексному мийному розчині на 15-20 хв, за умови, що розчин підігрітий до 50-60 °С (температура в процесі обробки інструментів не підтримується).
3. Миття в комплексному мийному розчині за допомогою йоржа або ватно-марлевого тампона. Миється кожний виріб окремо 0,5-1 хв.
4. Прополіскування під проточною водою протягом 10 хв.
5. Ополіскування дистильованою водою 0,5 хв.

Всі інструменти підлягають передстерилізаційній очистці в розібраному вигляді.

Комплексний мийний розчин складається з: 5 г мийного середника "Лотос" (або іншого на біологічній основі), 170 г 3 % розчину перекису водню, 825 мл води. Для приготування комплексного мийного розчину в маніпуляційних повинні бути мірні ємності. Передстерилізаційна обробка проводиться в промаркованій посудині. Приготовлений мийний розчин має термін придатності одну добу. Нормативними документами передбачено багаторазове його використання — до 6 разів протягом 24 год з моменту його виготовлення, за умови, що розчин не змінює свого забарвлення. Зміна кольору свідчить про його забруднення, що знижує очисні властивості.

Якість передстерилізаційної очистки інструментів оцінюють при постановці проб:

- а) на наявність крові (білка) — азопіритова проба, проба з гемотестом "Факел";
- б) на наявність залишків мийного середника — фенолфталеїнова проба (використовується 1 % спиртовий розчин фенолфталеїну).

Контролю підлягає 1 % від обробленого інструментарію, але не менше 3-5 одиниць. Проби проводять щоденно, і це контролює старша медична сестра відділення, головна медсестра.

При позитивних пробах на приховану кров вся партія інструментів, від яких відбирались інструменти на контроль, підлягають повторній передстерилізаційній обробці.

При позитивній фенолфталеїновій пробі (виникає забарвлення малинового кольору) інструменти підлягають повторному ретельному промиванню під проточною водою.

Ведеться журнал обліку передстерилізаційної очистки.

Дата	Спосіб обробки	Засіб, що застосовується	Результат вибіркового хімічного контролю				Прізвище, хто проводить контроль
			Назва виробу	Кількість	Забруднено кров'ю	Забруднено мийними засобами	

Існують різні методи стерилізації, і вибір методу залежить від особливостей виробу, який необхідно простерилізувати.

Методи стерилізації, які найчастіше застосовуються.

Повітряний метод стерилізації — рекомендується для стерилізації виробів зі скла, металу. Стерилізація відбувається під впливом сухого гарячого повітря 180 °С (± 2 °С) протягом 1 год в сухожарових шафах. Інструменти повинні стерилізуватись сухими і в пакунках зі спеціального паперу або у відкритих ємностях на лотку. Вироби, простерилізовані в мішечках зі спеціального паперу, можуть зберігатись стерильними 3 доби. Вироби, простерилізовані без упаковки, повинні бути використані безпосередньо після стерилізації. Для контролю роботи повітряного стерилізатора з кожною партією інструментів закладається індикатор. Це можуть бути трубчасті індикатори — ТИГ-3, тіосечовина, альбуцид або стрічковий індикатор стерильності. Останній являє собою паперову стрічку білого кольору. Під дією температури 180 °С протягом години вона міняє колір — стає коричневою. В повітряний стерилізатор кладуть смужки довжиною 2 см.

Паровий метод рекомендується для стерилізації інструментів з металу, виробів з гуми, перев'язувального матеріалу, білизни. Стериліза-

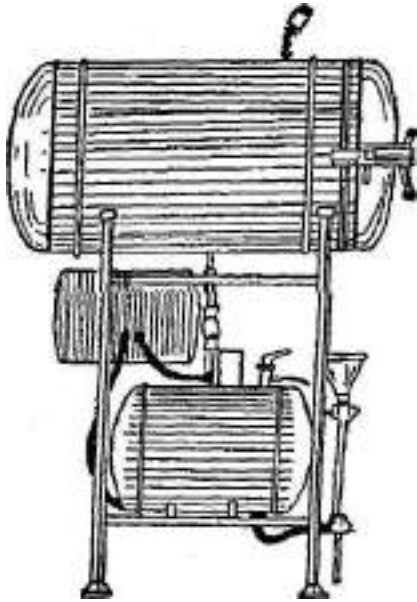


Рис. 2.5. Автоклав.

ція відбувається в автоклаві (рис. 2.5) під дією повітряної пари, яка подається під тиском.

У всіх типах парових стерилізаторів принцип будови однаковий. Вони складаються з 3 сталевих циліндрів, розміщених один в одному. Внутрішній циліндр є стерилізаційною камерою, в яку закладають матеріал для стерилізації. Середній циліндр називають водопаровою камерою, в неї заливають воду, яка при нагріванні перетворюється в пару. Водопарова і стерилізаційна камери з'єднані між собою. Зовнішній циліндр — це захисний кожух, який зменшує теплові втрати.

Автоклав оснащений ще манометром, запобіжним клапаном і пристосуваннями для заливання води та контролю за її

рівнем.

Процес стерилізації паровим методом складається з декількох етапів. Спочатку водопарову камеру заповнюють водою, потім у стерилізаційну камеру закладають речі, щільно закривають кришку, і запобіжний кран встановлюють на той рівень тиску, при якому планують здійснювати стерилізацію (як правило — 147-196 кПа). Після витіснення з камери повітря доводять тиск пари до заданого. Цей момент вважають початком стерилізаційної витримки (експозиції). При тиску пари 147 кПа і температурі 120 °С витримка повинна становити 45 хв, а при тиску 196 кПа і температурі 132 °С — 20 хв. Витримавши експозицію, знижують тиск в апараті шляхом випускання пари, відчиняють кришку і виймають стерильні матеріали.

Режими роботи автоклава можуть бути такими:

1. Температура 132 °С, тиск 0,20 кгс/см² (2 атмосфери), час стерилізації — 20 хв. Застосовується для стерилізації перев'язувального матеріалу, білизни, виробів з металу. При цьому використовують такі індикатори — фенацитин, манілоза і сечовина, стрічковий індикатор ІС-13.
2. Температура 120 °С, тиск 0,11 кгс/см² (1,5 атмосфери), час стерилізації — 45 хв. Цей метод використовується для стерилізації гумових виробів (рукавиці, катетери, зонди, балончики для відсмоктування слизу і інше). Як індикатор стерильності застосовується фуксин з бензоїдною кислотою.

Стерилізація проводиться в стерилізаційних коробках — біксах (рис. 2.6) або в подвійній м'якій упаковці з бязі. Перед закладкою виробів на стерилізацію бікс попередньо повинен бути двічі з інтервалом в 15 хв

по

протертий 1 % хлораміну, промитий дистильованою водою і висушений. Матеріали для стерилізації в бікси закладаються в сухому вигляді, пухко. Гумові вироби повинні бути протальковані та загорнуті в марлю. Переносяться бікси в спеціальних мішках. Термін стерильності виробів в біксах, які не відкривались, — 3 доби. Відкритий бікс повинен бути використаний в той же день. Якщо залишились не використані вироби у відкритому біксі — вони підлягають повторній стерилізації. Саме тому на всіх біксах закріплюють етикетки, на яких вказана дата стерилізації і є підпис медсестри, яка проводила стерилізацію.



Рис. 2.6. Бікс.

Ведеться журнал обліку стерилізації повітряним і паровим методами.

Журнал обліку роботи				повітряного (парового)								
Дата	Марка, № стерилізатора	Вироби, що стерилізуються		Упаковка	Час стерилізації		Режим		Тест-контроль			Підпис
		назва	к-сть		поч.	кін.			біол.	термічн.	хім.	

Хімічний метод стерилізації проводиться за допомогою розчинів хімічних засобів. Він рекомендується для виробів з полімерних матеріалів, скла, корозійностійких металів. Найчастіше використовується 6 % розчин перекису водню. Стерилізація відбувається при кімнатній температурі — 6 год, в підігрітому до 50 °С розчині — 3 год.

Стерилізація повинна проводитися при повному зануренні виробів, котрі вільно розкладаються в ємності з розчином, довгі вироби вкладають по спіралі. Всі канали і порожнини заповнюються розчином. Після закінчення часу стерилізації всі вироби двічі занурюють на 5 хв в дистильовану воду, кожний раз змінюючи її. Потім вироби переносяться стерильним корнцангом в стерильну ємність або укладку. Термін збереження стерильності виробів в стерильній ємності — 3 доби. Розчин перекису водню може використовуватися протягом 7 діб з дня приготування за умови збереження його в закритій ємності в темному місці. Подальше використання розчину можливе лише за умови контролю вмісту активно діючих речовин.

Для стерилізації *термонестгйких* предметів (хірургічні інструменти, виготовлені з полімерних матеріалів, гумові предмети тощо) можна використовувати 1% розчин надоцтової кислоти. Тривалість обробки —

45 хв. Предмети повністю занурюють у розчин в емальованому посуді, витримують визначений час, накривши посуд кришкою. Після закінчення стерилізації промивають у стерильній дистильованій воді.

Для хімічного методу стерилізації можна використовувати розчин дезоксону — із глутаровим альдегідом.

Дуже зручно користуватись засобами зарубіжного виробництва. Так, при використанні 2 % розчину корзолексу стерильність досягається через 60 хв, а при застосуванні 4 % розчину — через 30 хв. Корзолекс має антикорозійні властивості, тому ним зручно стерилізувати оптичні й ріжучі інструменти. Проте слід зазначити, що широке застосування його обмежується вартістю.

Стерилізація іонізуючим випромінюванням. Променеву стерилізацію проводять іонізуючим промінням великої енергетичної сили, яке може проникати на різну глибину в матеріал, що підлягає стерилізації. Переважно застосовують бета- і гамма-опроміннення. Цей вид стерилізації широко використовують на промислових підприємствах, де виготовляють інструменти одноразового користування (шприци, системи для переливання крові, перев'язувальний матеріал). Предмети пакують в герметичні поліетиленові пакети із зазначенням терміну зберігання (до кількох років).

Газовий метод стерилізації у промислових умовах застосовують для обробки термонестійких предметів, які не витримують стерилізації в автоклаві або в сухожаровій шафі (катетери, зонди зі штучних матеріалів, шланги, протези, ендоскопи, оптичні прилади, кетгут). Найчастіше використовують окис етилену, пари формаліну. Застосовується в заводських умовах в спеціальних газових стерилізаторах у приміщеннях з витяжною вентиляцією для стерилізації виробів одноразового призначення.

Кип'ятіння як метод стерилізації шприців та голок згідно з галузевим стандартом 42-21-2-85 "Стерилізація і дезінфекція медичного інструментарію" не передбачене. Але у виняткових випадках (у невеликих лікарнях, амбулаторіях, у домашніх умовах), коли неможливо простерилізувати шприци та голки іншим способом, можна застосовувати кип'ятіння. Стерилізація кип'ятінням проводиться в спеціальних металевих кип'ятильниках з решіткою для вкладання інструментів. Заливають інструменти холодною дистильованою водою і кип'ятять 45 хв з моменту закипання.

За якістю стерилізації ведеться бактеріологічний контроль. Працівники баклабораторії беруть змиви на стерильність 1 раз на 7-10 днів.

При багатопрофільних лікувально-профілактичних закладах і великих лікарнях організовані **центральні стерилізаційні відділення (ЦСВ)**, в яких проводять передстерилізаційну очистку інструментів та стерилізацію білизни, перев'язувального матеріалу, інструментів та інших медичних виробів паровим та повітряним методами.

ЦСВ складається з двох зон: нестерильної і чистої. У нестерильній зоні виділяють кілька окремих кімнат: приймально-сортувальна, у якій приймають з відділень і сортують шприци, голки, інструменти; кімнати для проведення передстерилізаційної очистки та кімнати, де інструменти висушують та перевіряють на цілісність та придатність до роботи, готують до стерилізації і завантажують у автоклав чи сухожарову шафу.

У чистой зоні після закінчення стерилізації стерильний матеріал видають із стерилізаційних апаратів і видають за призначенням.

Санітарно-протиепідемічний режим лікувальних закладів.

У приймальному відділенні санітарно-гігієнічний режим повинен виключати занесення інфекції в стаціонар. Після огляду кожного прийнятого хворого клейонку на кушетці варто протирати дезінфекційним розчином, хворого оглядають на педикульоз, він проходить повну санітарну обробку (душ або ванна, при цьому видається знезаражена губка). Хворий переодягається в чисту лікарняну білизну (із дозволу лікаря може залишитися у своїй білизні). Після огляду хворого руки варто вимити милом (в одноразовому розфасуванні) при дворазовому намилюванні, а після огляду інфекційного хворого — протягом 2 хв 0,2 % розчином хлораміну або 0,1 % розчином дезоксону-1.

Приймальні відділення повинні мати засоби дезінфекції і дезінсекції: мило, губки індивідуального користування, посуд для збереження чистих і використаних губок, наконечники для клізм і посуд для їхнього збереження в чистому вигляді.

Після огляду хворого металеві шпатель кип'ятять протягом 15 хв, а термометри дезінфікують в 1 % розчині хлораміну або в 0,1 % розчині дезоксону протягом 15 хв, або занурюють в 3 % розчин перекису водню на 80 хв.

У лікувальних відділеннях стаціонарів ліжко, тумбочку і підставку для підкладного судна протирають дезінфекційними розчинами. Постільні речі після виписування кожного хворого необхідно обробляти в дезінфекційній камері.

Гігієнічну ванну хворі одержують 1 раз на 7-10 днів із зміною білизни. При зміні постільної і натільної білизни її акуратно вкладають у ємності з покриттям або в мішки з бавовняної тканини. Після зміни білизни підлогу і предмети протирають дезінфекційними розчинами. Весь прибиральний інвентар — щітки, ганчірки, відра — повинні бути марковані для різних приміщень. Матеріал, яким прибирали, знезаражують замочуванням на 1 год у 1 % розчині хлораміну або 0,5 % розчині хлорного вапна з наступним полосканням у чистой воді й висушуванням, тому що у вологому середовищі розмножуються псевдомонади і клебсієли.

У плановому порядку 1 раз на місяць і, крім того, за показаннями проводяться бактеріологічні дослідження повітря, рідких лікарських

форм, грудного молока, рідин для пиття хворих, змивів із рук персоналу, предметів догляду.

Особлива увага приділяється стерильності хірургічного інструментарію, голок, шприців, шовного матеріалу, катетерів, апаратів для штучного кровообігу, ендоскопічної апаратури. При цьому визначають наявність стафілококів, синьогнійної палички, клебсієл, протей, кишкової палички та ін.

Санітарний нагляд за лікарняними установами включає контроль санітарно-технічного стану харчоблоку, транспорту для перевезення продуктів, утримання інвентарю і посуду, дотримання технології приготування їжі, термінів її реалізації, правил миття і дезінфекції посуду.

Медичний персонал лікарняних установ може стати джерелом збудників інфекції (будучи носіями або хворими на легкі форми), а також виявитися жертвою, заразившись від хворого, його крові й виділень. Для зменшення цієї небезпеки проводять періодичний медичний огляд і обстеження персоналу. Доцільно мати картотеку, в якій повинні бути зазначені захворювання, перенесені кожним співробітником. Виявлені носії і хворі повинні бути звільнені від роботи і пройти курс лікування.

Захист медичного персоналу від зараження — актуальна тема при роботі з інфекційними хворими і носіями ВГВ і ВІЛ. При цьому ретельного виконання потребує режим роботи в процедурних кабінетах (рис. 2.7).

Обстеження працівника на бацилоносійство

Оскільки медичні працівники можуть бути джерелом виникнення внутрішньолікарняної інфекції в гінекологічних відділеннях та акушерських стаціонарах, проводиться їх обстеження на бацилоносійство не рідше 1 разу на рік. Обов'язковому бактеріологічному дослідженню підлягає слиз з передніх відділів носа та зіва. Забір матеріалу з зіва проводиться з поверхонь мигдаликів ватним тампоном натще або не рідше ніж через 2-3 год після приймання їжі. Посів матеріалу, що досліджується на середовище, здійснюють не пізніше як через 2 год після забору.

Якщо в медичного працівника виділено стафілокок в посіві зі слизу носоглотки, йому обов'язково призначають консультацію стоматолога і отоларинголога. При виключенні патології цими спеціалістами бацилоносій проходить санацію. Санація здійснюється розчином фурациліну, олійним розчином хлорофіліпту і інше. Після цього повторно тричі беруться мазки на стафілококоносійство. Коли ж і після проведеної санації продовжує висіватись стафілокок, роблять посів на чутливість до антибіотиків і проводять антибіотикотерапію. При відсутності ефекту проводять фенотипування і продовжують санацію. Якщо ж протягом року не

Постійно

халат шапочка
змінне взуття

При парентеральних маніпуляціях

халат гумові рукавички
шапочка окуляри

змінне взуття маска

При забрудненні кров'ю, секретами

Дезінфекція

—*■ Одяг, маска

обробка 3 % розчином хлораміну — 2 год
обробка 0,2 % розчином сульфохлорантину — 90 хв
обробка 3 % розчином перекису водню з мийними засобами — 1 год при 50 °С
кип'ятіння в 2 % розчині соди — 30 хв
після дезінфекційної обробки — стерилізація в автоклаві

—*■ Гумові рукавички

обробка 3 % розчином хлораміну — 1 год
обробка 3 % розчином перекису водню — 1 год
кип'ятіння — 30 хв

—► Окуляри, фонендоскопи

обробка 6 % розчином перекису водню

—*■ Змінне взуття

обробка в параформаліновій камері

-*■ Руки

миття проточною водою
обробка 0,1 % розчином дезоксону
обробка 2 % розчином перекису водню в 70 % етиловому спирті
обробка 70 % етиловим спиртом

-*• Очі

промивання проточною водою
закапування 1 % розчину азотнокислого срібла

—*■ Рот, ніс

обробка 70 % етиловим спиртом

Рис. 2,7. Захист медичного персоналу.

вдається досягнути позитивного результату, такого працівника переводять на роботу у відділення соматичного профілю.

Щоденно перед початком роботи працівники відділень гінекології, операційних блоків, пологового будинку оглядаються лікарем. Огляду підлягає шкіра з метою виявлення висипань, оглядається зів і вимірюється температура тіла. Відмітка робиться в спеціальному журналі. При виявленні запальних та інфекційних захворювань медпрацівник не допускається до роботи.

Двічі на рік медичні працівники повинні обстежуватись на RW і СНІД, австралійський антиген.

Бактеріологічне обстеження у відділеннях.

У відділеннях лікувальних закладів повинен проводитись бактеріологічний контроль в такому об'ємі: 1 раз на місяць — бактеріологічне дослідження мікробної забрудненості

предметів довкілля;

1 раз на місяць — посів повітря на визначення його мікробного забруднення; 1 раз на місяць — змиви на наявність кишкової палички (в роздаточних,

їдальнях;

1 раз на 7-10 днів — змиви на стерильність; 1 раз на квартал — мазки на бацилоносійство.

Позачерговий бактеріологічний контроль проводиться за епідемічними показаннями. Санстанція і дезстанція проводять бактеріологічний контроль не рідше як один раз в квартал.

Профілактика СНІДу при роботі медичного персоналу.

Останнім часом з'явилося багато повідомлень про зараження медичних працівників вірусом гепатиту В внаслідок контакту з кров'ю під час виконання ними професійних обов'язків. Цей факт відображає тенденцію до зростання ендемічної захворюваності серед багатьох груп населення, появи нових хвороб, таких, як ВІЛ-інфекція (вірус імунодефіциту людини). У зв'язку з цим було видано наказ № 408 від 12.07.89 р. "Про заходи по зниженню захворюваності вірусним гепатитом".

Всі робочі місця повинні бути забезпечені дезінфекційними засобами. В доступному місці зберігається аптечка, яка містить: спирт 70°, йод, марганцевокислий калій, дистильовану воду, перев'язувальний матеріал. Необхідно передбачити недоторканий запас дезінфекційних засобів в такій кількості, щоб можна було зручно і швидко приготувати розчин необхідної концентрації (наважки хлораміну по 30 г і один літр води). Марганцевокислий калій фасується по 0,1 г. При розведенні його в одному літрі води утворюється розчин світло-рожевого кольору (1:1000).