

Посібник лекцій  
З предмету «Основи медсестринства»

*Підготовлено курс лекцій:  
«Основи медсестринства»*

Зміст

СЕМЕСТР III

<b>ФІЛОСОФІЯ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ЛЕКЦІЯ №1.....</b>	<b>2</b>
<b>МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ.....</b>	<b>3</b>
<b>Елементи спілкування: .....</b>	<b>3</b>
<b>Види інформації. Види питань. ....</b>	<b>3</b>
<b>МОДЕЛІ МЕДСЕСТРИНСТВА ЛЕКЦІЯ №2 .....</b>	<b>3</b>
<b>МОДЕЛЬ МАСЛОУ .....</b>	<b>4</b>
<b>Модель В. Хендерсон 14 потреб:.....</b>	<b>4</b>
<b>ЕВОЛЮЦІЙНО-АДАПТАЦІЙНА МОДЕЛЬ.....</b>	<b>5</b>
<b>МОДЕЛЬ ДЖОНСОН .....</b>	<b>5</b>
<b>МОДЕЛЬ РОЙ.....</b>	<b>5</b>
<b>МОДЕЛЬ ОРЕМ.....</b>	<b>5</b>
<b>МОДЕЛЬ АЛЛЕН(оздоровча).....</b>	<b>5</b>
<b>ОСНОВНІ ЕТАПИ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ ЛЕКЦІЯ №3.....</b>	<b>5</b>
<b>ПЕРШИЙ ЕТАП .....</b>	<b>6</b>
<b>ДРУГИЙ ЕТАП СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ- .....</b>	<b>7</b>
<b>ТРЕТІЙ ЕТАП .....</b>	<b>7</b>
<b>ЧЕТВЕРТИЙ ЕТАП.....</b>	<b>8</b>
<b>П'ЯТИЙ ЕТАП.....</b>	<b>8</b>
<b>Тема: Основи санології. Здоров'я, чинники ризику. ....</b>	<b>8</b>
<b>Питання для самоконтролю:.....</b>	<b>9</b>
<b>Тема :ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І</b>	
<b>ПРОФІЛАКТИКА ЛЕКЦІЯ №4 ЗАХВОРЮВАНЬ. ....</b>	<b>10</b>
<b>ТЕМА : Загартовування організму ЛЕКЦІЯ №5.....</b>	<b>13</b>
<b>Тема: ПСИХІЧНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ ЛЕКЦІЯ №6.....</b>	<b>17</b>
<b>Тема: РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ.ЛЕКЦІЯ №7 .....</b>	<b>20</b>
<b>Контрольні запитання .....</b>	<b>23</b>
<b>Тема: Сім'я та здоров'я. ЛЕКЦІЯ №8 .....</b>	<b>24</b>
<b>Тема: Активне довголіття.ЛЕКЦІЯ №9 .....</b>	<b>26</b>
<b>Старіння — закономірний біологічний процес зниження фізіологічних функцій організму, поступового зниження життєвої стійкості організму, його здатності пристосовуватись до зовнішніх впливів і активно здійснювати природні життєві функції. ....</b>	<b>27</b>

СЕМЕСТР III

<b>Тема: „Типи лікувально-профілактичних закладів, їх структура та функції. Безпечне лікарняне середовище. ЛОР.” ЛЕКЦІЯ №1</b> .....	28
<b>Тема : Санітарно- протиепідемічний режим в ЛПЗ. Дезінфекція.ЛЕКЦІЯ №2</b> .....	32
<b>СПЕР (санітарно-протиепідемічний режим) – це комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню внутрішньо лікарняної інфекції.</b> .....	32
<b>Інфекція (infectio - зараження) – це стан зараження організму патогенними мікробами, при якому відбувається взаємодія між збудником захворювання і організмом.</b> .....	32
<b>Особиста гігієна медичного персоналу</b> .....	34
<b>Знезараження рук персоналу</b> .....	34
<b>Тема : Види та методи стерилізації.ЛЕКЦІЯ №3</b> .....	35
<b>Асептика та антисептика.</b> .....	35
<b>1.Дезінфекція (знезараження)</b> .....	36
<b>2.Передстерилізаційна очистка</b> .....	36
<b>Контроль якості передстерилізаційної обробки</b> .....	37
<b>Методи стерилізації</b> .....	37
<b>Н А К А З И</b> .....	38
<b>Тема: Виписування, зберігання, облік, та отримування лікарських засобів.ЛЕКЦІЯ №4</b> .....	39
<b>Правила виписування і отримання лікарських препаратів</b> .....	40
<b>Організація роздачі ліків у відділенні</b> .....	41
<b>Місцем дії</b> .....	41
<b>Шляхи введення лікарських препаратів</b> .....	41
<b>Тема: Участь м/с в лабораторних та інструментальних методах дослідження.ЛЕКЦІЯ №5</b> .....	43
<b>ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	46
<b>ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ</b> .....	47
<b>АНАЛІЗ СЕЧІ ПО ЗИМНИЦЬКОМУ</b> .....	47
<b>АНАЛІЗ СЕЧІ ПО НЕЧИПОРЕНКО</b> .....	47
<b>АНАЛІЗ СЕЧІ ПО АДДС-КАКОВСЬКОМУ</b> .....	47
<b>АНАЛІЗ СЕЧІ ПО АМБУРЖЕ</b> .....	47
<b>АНАЛІЗ СЕЧІ НА ГЛЮКОЗУ</b> .....	48
<b>КАЛ</b> .....	48
<b>КАПРОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	48
<b>АНАЛІЗ КАЛУ НА РЕАКЦІЮ ГРЕГЕРСЕНА(прихована кров)</b> .....	48
<b>АНАЛІЗ КАЛУ НА ДЕЗГРУПУ</b> .....	48
<b>СОСКОБ НА ЕНТЕРОБІОЗ</b> .....	48
<b>ІНСТРУМЕНАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕКЦІЯ №6</b> .....	48
<b>Рентгенологічні дослідження</b> .....	49
<b>Рентгенологічне дослідження шлунку</b> .....	49

Філософія сестринської справи – це встановлення меж та можливостей пізнання, їх джерело, сутність, обоснованість та значимість в основі яких є **чотири поняття:**

**Людина, Навколишнє середовище, здоров'я, сестринська справа.**

*Людина* – цілісна, динамічна, саморегулююча біологічна система, сукупність фізіологічних, психосоціальних потреб, задоволення яких визначає ріст, розвиток, злиття навколишнього середовища.

*Пацієнт* – це особливість на яку направлена медична допомога і догляд спеціалістів. Підхід до пацієнта повинен бути цілісний (холістичний).

Холістичний – це підхід до хворого при якому враховуються сім'я, оточуюче середовище, а також елементи здоров'я фізичне, емоціональне, інтелектуальне, соціальне, духовне.

*Фізичне здоров'я* – це цілісність, спадковість.

*Емоційне здоров'я* – це настрої, адекватність.

*Соціальне здоров'я* – залежить від людини, культури, традицій, взаємовідносин між людьми, сексуальність.

*Інтелектуальне здоров'я* – пам'ять освіта, здібність, виразність.

*Духовне здоров'я* – це світоуявлення, самореалізація, відносини до релігії.

*Навколишнє середовище :*

Фізичне середовище – повітря, вода, світло, клімат;

Соціальне середовище - сусіди, друзі, колеги, родина;

Духовне середовище- культура, релігія, віросповідання.

Філософія сестринської справи є частиною загальної філософії згідно з етичного кодексу медсестри має 4 головні аспекти:

1. Сприяння зміцненню здоров'я;
2. Профілактика захворювань;
3. Відновлення здоров'я;
4. Полегшення страждань.

## **МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ**

*Спілкування* – це складний, багатоетапний процес встановлення та розвитку контактів між людьми, породжений необхідністю спільної діяльності.

Існує 3 рівні спілкування:

1. Внутрішньо-особисте
2. Міжособисте
3. Суспільне спілкування.

**Елементи спілкування:**

Відправник, повідомлення, канал спілкування, утримувач, підтвердження.

*Канали спілкування* – це усна мова, міміка

**Види інформації. Види питань.**

**Вербальне, невербальне**

*При спілкуванні існують зони спілкування:*

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

Модель – це якась думка, ідея, або декілька ідей націлених на досягнення чогось, потреба усвідомлених психологічний чи фізіологічний дефіцит чогось, відображений в сприйнятті людини.

Потреби – це умови необхідні для росту і розвитку людини.

Потреби поділяються на *фізіологічні, соціальні, духовні*.

### **МОДЕЛЬ МАСЛОУ**

Маслоу, створюючи у 1940-х рр. свою теорію мотивацій, намагався пояснити, чому в різний час у людей виникають різні потреби. Він вважав, що потреби людини мають ієрархічну структуру з 5 рівнів.

У кожний конкретний момент часу людина буде прагнути до задоволення тієї потреби, що для неї є важливішою або сильною.

Фізіологічні потреби (потреби найнижчого рівня) є необхідними для виживання. Вони включають потребу в їжі, воді, захисті, відпочинку, сексуальні потреби.

Потреби в безпеці включають потреби в захисті від фізичних і психологічних небезпек з боку навколишнього світу і впевненість у тому, що фізіологічні потреби будуть задовольнятися в майбутньому (покупка страхового полісу або пошук надійної роботи з гарними видами на пенсію).

Соціальні потреби (потреби в приналежності, дружбі, любові) включають почуття приналежності до чого-небудь або кого-небудь, підтримки.

Потреби в повазі включають потреби в особистих досягненнях, компетентності, повазі з боку оточуючих, визнанні.

Потреби в самовираженні, самореалізації — потреби в реалізації своїх потенційних можливостей і зростанні як особистості.



**Модель В. Хендерсон 14 потреб:**

Рух, дихання, харчування, фізіологічні відправлення, сон, відпочинок, здатність одягатись і роздягатись, температура тіла і можливість її регулювання, здатність підтримувати особисту гігієну.

### **ЕВОЛЮЦІЙНО-АДАПТАЦІЙНА МОДЕЛЬ**

Пацієнт розглядається як окрема особистість.

Проблеми пацієнта - це дійсні або потенційні зміни в його житті, які роблять негативний вплив на його здоров'я.

### **МОДЕЛЬ ДЖОНСОН**

Розглядає модель пацієнта, як поведінкову систему.

Мета моделі – забезпечити рівновагу поведінкової системи.

Втручання – дії, які захищають, стримують, розслабляють пацієнта в станах стресу.

Очікуваний результат – адекватна поведінка пацієнта у відповідь на стресові ситуації.

### **МОДЕЛЬ РОЙ**

#### **Адаптаційна**

Людина знаходиться в постійній взаємодії з навколишнім середовищем і пристосовується за допомогою адаптації.

Проблема: пасивність в результаті захворювання, медсестра повинна навчити адаптуватися до навколишнього середовища.

Очікуваний результат: адаптація пацієнта до умов які змінюються.

### **МОДЕЛЬ ОРЕМ**

Модель дефіциту само догляду.

В цій моделі пацієнт розглядається як істота, яка може здійснити само догляд, джерелом проблеми є нездатність здійснювати само догляд, і необхідно створити умови медсестрою для само догляду.

### **МОДЕЛЬ АЛЛЕН(оздоровча)**

Людина розглядається не окремо, а яка входить до складу сім'ї. медсестра працює не лише з пацієнтом, а разом із сім'єю.

Очікуваний результат – досягнення пацієнтом отриманого рівня самообслуговування. Його проблеми розглядаються як проблеми всієї сім'ї.

Очікуваний результат – сім'я в цілому повинна стати активним співробітником в процесі покращення здоров'я пацієнта.

## **ОСНОВНІ ЕТАПИ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ ЛЕКЦІЯ №3**

1 етап – збір інформації

Мета сестринського процесу:

1. Підтримувати здоров'я.
2. Попереджувати захворювання.
3. Сприяти процесу одужання.
4. Сприяти відновленню здорового стану та максимального незалежного функціонування.

### **ЕТАПИ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ**

1. Збір інформації
2. Встановлення проблем пацієнта (інтерпретація отриманих даних, виявлення проблем пацієнта, встановлення медсестринського діагнозу)
3. Планування догляду (сестринське втручання)
4. Реалізація плану.

## 5. Оцінка результатів попередніх етапів.

Перший і другий етап задовольняються за листком сестринської оцінки, а третій і п'ятий етапи – планом сестринського догляду.

### **ПЕРШИЙ ЕТАП**

#### **Перший етап – збір інформації про пацієнта.**

Мета I етапу:

1. Визначити конкретні потреби пацієнта або його родини сестринському догляді.
2. Визначити можливості пацієнта або родини в наданні само догляду.

#### **Джерело інформації:**

Джерело: труднощі – проблеми пацієнта, які необхідно усунути за допомогою сестринського втручання.

Фокус втручання – якийсь аспект, який потрібно змінити, об допомогти пацієнту.

Спосіб втручання - це дії, які виконує медсестра, щоб досягти поставленої мети:

#### **Джерела інформації:**

1. Пацієнт (сам)
2. Родичі, друзі, сусіди.
3. Інші медичні спеціалісти які працюють з пацієнтом.
4. Попередні історії хворих та інші медичні записи.

### **МЕТОДИ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ**

1. Опитування
2. Спостереження
3. Обстеження фізичного і психічного стану
4. Консультації з іншими спеціалістами
5. Записи та звіти (оцінка стану пацієнта робиться суб'єктивним і об'єктивним методом)

### **СУБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЙОГО МЕТА**

1. встановлення контактів медсестра – пацієнт і в центрі цих відносин стоїть здоров'я пацієнта.
2. Вироблення адекватної оцінки пацієнта, тобто пацієнт повинен сам зрозуміти чого він хоче.
3. Визначення рівня сподівань пацієнта від лікування (одужання, покращення, погіршення)
4. Отримання інформації для складання адекватного плану догляду.

### **ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА**

Оцінюючи стан пацієнта, медсестра повинна включити всю інформацію і провести обстеження.

Обстеження у медсестри це візуальне дослідження пацієнта, тобто це виявлення температури тіла, пульсу, дихання, артеріального тиску. Обов'язково звертає увагу на стан ментального здоров'я (це вираз обличчя, зовнішній вигляд, настрій, мислення).

**Спостереження** – це збір інформації в одне ціле за допомогою органів відчуття (нюху, дотику, зору).

Додаткові методи обстеження: УЗД, лабораторні обстеження.

## ДРУГИЙ ЕТАП СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ-

### Це виявлення проблем пацієнта

Мета встановлення проблеми пацієнта – існуючі чи потенційні, тобто встановлені медсестрою діагностики.

Для проведення діагностики:

1. Зробити аналіз даних або виявити проблему наявну чи потенційну.
2. Провести синтез даних.
3. Висновки.

Проблеми відносяться до таких категорій:

1. Фізіологічні
2. Психологічні
3. Соціальні
4. Відсутність відповідних знань.

Проблеми бувають

1. Наявні (актуальні) – це ті дійсні проблеми, які існують на даний час і заважають життю людини (пріоритетні)
2. Потенційні – це ті проблеми, які можуть виникнути на фоні існуючих, якщо не звернути уваги і не задовольнити їх.

Актуальні проблеми поділяються:

1. Вторинні
2. Первинні (пріоритетні) – це ті, які треба негайно усунути.
3. Проміжні – не заважають здоров'ю.

Джерелом проблем пацієнта можуть бути:

1. Саме захворювання
2. Навколишнє середовище
3. Медикаментозна терапія
4. Медична установа, де знаходиться пацієнт.

## ТРЕТІЙ ЕТАП

### Планування мед сестринських втручань

Планування догляду пацієнта – це документований план сестринського догляду.

На цьому етапі передбачається планування мети догляду разом з пацієнтом для кожної проблеми.

Мета догляду повинна передбачати тільки позитивний результат. Це – покращення, розширення можливостей самообслуговування, зміна відношення до здоров'я.

Мета – це те, о хочуть досягти пацієнт і медсестра в результаті реалізації плану догляду. Всі проблеми, які планує медсестра записуються почергово (вона повинна писати, які втручання повинна зробити медсестра).

Цілі бувають:

1. Довгострокові - > як два тижня.
2. Короткострокові – через 1-2 тижні.

Втручання повинні бути обґрунтовані, конкретні, реальні в межах часу.

Втручання можуть бути;

1. Повністю компенсована система (медсестра сама все робить за пацієнта)
2. Частково компенсована система (тобто частину робить хворий)
3. Навчально-консультативна система (найбільш прогресивна)

На кожному етапі медсестра повинна погоджувати свої дії разом з пацієнтом і проводити корекцію в своїй діяльності.

## **ЧЕТВЕРТИЙ ЕТАП**

### **Реалізація плану або сестринське втручання**

Реалізація плану – це виконання дій, спрямованих на досягнення специфічного результату, це дії які включають в себе те,о медсестра робить для пацієнта разом з пацієнтом та в інтересах його здоров'я.

Мета: ліквідувати, змінити або відвернути проблеми пацієнта для задоволення його потреб та сподівань.

Здійснюючи догляд, медсестра поєднує такі навички:

1. Інтелектуальні
2. Міжособистісні
3. Технічні

## **П'ЯТИЙ ЕТАП**

### **Оцінка ефективності сестринських втручань**

Це певний результат (стан хворого, досягнутий в результаті сестринських втручань)

Ситуації проведення оцінювання:

1. Кінцеві результати були такими, як заплановані.
2. Досягнуто незначних результатів (покращення), але кінцевої мети не було досягнуто.
3. Не вдалося досягти запланованих результатів.
4. Виникли нові проблеми.

### **Тема: Основи санології. Здоров'я, чинники ризику.**

ПЛАН:

1. Визначення санології
2. Визначення валеології
3. Визначення здоров'я
4. Основні чинники ризику виникнення захворювань

Санологія — наука про механізми процесів відновлення порушених функцій - видужання від хвороб, травм та інших патологічних станів.

Поняття санології невіддільне від поняття валеології.

Валеологія — наука про здоров'я, покликана вивчати механізми підтримки і зберігання стану здоров'я, засоби подовження тривалості життя, зберігання працездатності.

За визначенням ВООЗ здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психологічного та соціального добробуту.

Важливим показником здоров'я є здатність людини найбільш ефективно використати свої біологічні можливості для реалізації соціальних функцій.

Суспільне здоров'я — це здоров'я індивідів, які складають дане суспільство.

До показників суспільного здоров'я належать:

1. Демографічні показники- народжуваність, смертність, дитяча смертність, середня тривалість життя та ін.

Народжуваність вважається високою при показниках понад 25% , а низькою нижче 15%.

Смертність вважають високою при показниках понад 15%, а низькою до 9%

Показник дитячої смерті понад 50% вважається високим, менше 30% низьким.

2. Медико-санітарні показники- захворюваність, поширення захворювань, непрацездатність через хвороби , нещасні випадки та ін.



Первинна захворюваність- сукупність захворювань, ніде раніше не врахованих і вперше в даному році виявлених серед населення.

Хворобливість ( поширеність захворювань) – сукупність усіх наявних серед населення хвороб , уперше виявлених в даному році і зареєстрованих у попередні роки , з приводу яких хворі повторно звернулися у даному році.

Чинники, що визначають здоров`я населення:

1.Відтворення здоров`я – народження здорового потомства .

2.Формування здоров`я – спосіб життя людини і стан навколишнього середовища.

3.Процес витрати здоров`я- відбувається у виробничій сфері , особливе значення має характер , організація та умови праці.

4. Процес відновлення здоров`я – включає рекреацію( відпочинок), лікування і медико-соціальну реабілітацію.

Основні умови існування всього живого на Землі- це можливість поглинати енергію із зовнішнього середовища, акумулювати її та використовувати для процесів життєдіяльності.

Здатність мобілізувати енергетичні ресурси органів та систем є основною умовою термінового пристосування організму до дій екстремальних чинників.

Чинники ризику – шкідливі чинники зовнішнього і внутрішнього середовища здатні спричинити хвороби.

Умовно розрізняють дві групи чинників ризику виникнення захворювань:

1. Зовнішні чинники – це забруднення довкілля шкідливими для організму хімічними речовинами, несприятливі погодні умови, сонячна радіація, нераціональне і незбалансоване харчування.

2. Внутрішні чинники – генетична спадковість, малорухливий спосіб життя ( гіподинамія) , шкідливі звички, перенесені травми, операції.

Класифікація чинників ризику захворювань:

1. Спосіб життя – прибл. 49-53 % - тютюнопаління, неправильне харчування, вживання алкоголю, шкідливі умови праці, стресові ситуації, адинамія, гіподинамія, зловживання ліків, погані матеріально- побутові умови, надзвичайно високий рівень урбанізації, постійне перевантаження, постійне недосипання.

2. Генетика, біологія людини – 18 – 22% - схильність до спадкових захворювань, схильність до дегенеративних захворювань.

3. Зовнішнє середовище – 17-20%- забруднення повітря та води канцерогенами, забруднення ґрунту, різні зміни атмосферних впливів, підвищені геліокосмічні, магнітні та інші випромінювання.

4. Охорона здоров`я – 8-10% - неефективність профілактичних заходів, низький рівень медичної допомоги, несвоєчасність медичної допомоги.

За визначенням ВООЗ , умови збереження життя є:

1. Мир та свобода від страху війни.

2. Рівні можливості для всіх.

3. Задоволення основних життєвих потреб ( фізіологічних, соціальних, матеріальних, інтелектуальних).

4. Соціальна воля та суспільна підтримка.

Питання для самоконтролю:

1. Які стани у загальному здоров'ї свого організму переживає кожна людина?

2. Чи можуть чисто медичні заходи дати повний ефект у досягненні загального здоров'я?
3. Що таке санологія?
4. Що таке валеологія?
5. Що таке здоров'я за визначенням ВООЗ?
6. Що є важливим показником здоров'я людини?
7. Чим визначається здоров'я?
8. Що таке суспільне здоров'я?
9. Які основні демографічні показники суспільного здоров'я?
10. Назвіть три рівні особистості.
11. Назвіть три аспекти здоров'я.
12. Які основні умови існування всього живого на Землі?
13. Що є основною умовою термінового пристосування організму до дії екстремальних чинників?
14. Що таке чинники ризику?
15. Які розрізняють групи чинників ризику?
16. Охарактеризуйте зовнішні чинники ризику.
17. Охарактеризуйте внутрішні чинники ризику.
18. Які чинники ризику входять у групу "Спосіб життя"?
19. Які чинники ризику входять у групу "Генетика, біологія людини"?
20. Які чинники ризику входять у групу "Зовнішнє середовище"?
21. Які чинники ризику входять у групу "Охорона здоров'я"?
22. Які основні засоби досягнення комплексної первинної профілактики забезпечення здоров'я населення?
23. Які умови збереження життя визначені ВООЗ?

#### **Лекція №4**

### **Тема :ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ.**

План:

1. Визначення способу життя.
2. Принципи формування способу життя.
3. Найдієвіші чинники впливу на стан здоров'я населення.
4. Визначення здорового способу життя.
5. Комплекс тренувальних та оздоровлювальних заходів для формування здорового способу життя.
6. Визначення профілактики.
7. Визначення та мета диспансеризації
8. Функції середніх медичних працівників на етапах диспансеризації.

**Спосіб життя** — це діяльність і активність людей з матеріальними, моральними і духовними умовами життя і реакція на дані умови.

Спосіб життя людини відображає комплекс біологічних, соціальних, економічних, сімейних, побутових, екологічних, психологічних та духовних впливів на життєдіяльність людського організму, а також вивчення можливостей їхнього використання з метою збереження, охорони і відтворення здоров'я.

Принципи формування способу життя залежать від :

1. Рівня розвитку цивілізації

2. Можливостей індивідуальної реалізації .

3. Обґрунтованих фізіологічних, соціальних, економічних, інтелектуальних, моральних, духовних потреб людини.

Найдавніші чинники які впливають на стан здоров'я населення:

1. Характер розподілу і використання матеріальних ресурсів сім'ї.

2. Психологічний клімат і особливості внутрішньо сімейних стосунків.

3. Склад сім'ї .

4. Режим і умови праці на роботі чи вдома.

5. Рівень загальної гігієнічної культури.

**Здоровий спосіб життя** — такий раціональний варіант життєдіяльності людини, завдяки якому вона здатна реалізувати свої біологічні і соціальні функції, максимально використати генетичні резерви здоров'я і тривалості життя, фізичної і розумової працездатні .

Для ведення здорового способу життя людині необхідні мотиваційні стимули, які засновані на усвідомленні кожним потреби охорони і зміцнення власного здоров'я.

У процесі еволюційного відбору природа виробила у людини інстинкт самозбереження і самовідновлення здоров'я.

Завдяки складам адаптаційно-захисним механізмам людський організм здатний боротися зі шкідливими зовнішніми (екзогенними) і внутрішніми (ендогенними) впливами.

Дія цих механізмів надто складна і проявляється на гуморальному, нервово-рефлекторному, клітинному рівнях.

Здоровий спосіб життя кожної людини повинен бути спрямований на:

- первинну профілактику захворювань;
- зміцнення і відновлення здоров'я;
- формування активного трудового довголіття.

Формування здорового способу життя передбачає комплекс тренувальних і оздоровлювальних заходів:

- боротьба з гіподинамією;
- раціональний режим праці та відпочинку;
- режим раціонального і збалансованого харчування;
- створення сприятливих сімейних стосунків та інтимного життя;
- гармонія душі і тіла;
- виховання і прищеплення розумних гігієнічних звичок.

У формуванні звичок і чинників здорового способу життя використовують 4 основні групи заходів:

1) Фізичні - до яких належать фізична активність, загартовування організму, режим дня, праці та відпочинку, раціональне і збалансоване харчування.

2) Індивідуально-психологічні - які включають методи психічної саморегуляції (аутотренінг), формування установки на довголіття і високу якість життя.

3) Медико-організаційні - до яких відносять санітарно-гігієнічну освіту, виховання і засвоєння правил особистої і загальної гігієни, санітарно-гігієнічних норм і звичок життя, диспансерні обстеження, опрацювання визначення якості і кількості здоров'я і прогнозування тривалості життя;

4) Суспільно-громадянські - які спрямовані на виховання у людини морально-естетичних і суспільно корисних якостей життя.

**Профілактика** — це цілісна система заходів, які проводять не тільки щодо первинних причин захворювань, а й для запобігання розвитку захворювань.

Розділяють профілактику:

1. Суспільну.

2. Індивідуальну.

3. Первинну - покликана зберігати здоров'я людей, не допускати на людину негативну дію чинників соціального і природного середовища, здатних спричинити хворобливі зміни.

4. Вторинну – спрямована на припинення чи послаблення патологічного процесу, що вже виник в організмі.

Найефективнішим шляхом профілактики є формування здорового способу життя і диспансеризація населення.

Диспансеризація — активна форма спостереження за станом здоров'я населення за:

1. Здоровими особами, що об'єднані за загальними фізіологічними особливостями або умовами праці.

2. Хворими що страждають на хронічні захворювання

3. Особами з чинниками ризику з метою раннього виявлення і вчасного проведення оздоровлюючих заходів.

Основна мета диспансеризації - полягає в збереженні та зміцненні здоров'я населення, збільшенні тривалості життя людей і підвищенні продуктивності їхньої праці.

За ступенем участі в диспансеризації населення медичні заклади поділяють :

1. Перший рівень – амбулаторно-поліклінічні заклади.

2. Другий рівень – спеціалізовані диспансери.

3. Третій рівень – обласні, республіканські лікарні, спеціалізовані центри, клініки медичних та науково – дослідних інститутів.

Диспансеризацію здійснюють за фазами:

1. Облік і обстеження всього населення.

2. Проведення профілактичних і лікувальних заходів.

3. Динамічні спостереження за станом здоров'я та оцінка ефективності.

Функції середніх медичних працівників на етапах диспансеризації:

1. Перша фаза – облік населення чисельності , заповнення паспортної частини картки, визначають віковий, статевий та соціальний склад населення, інформують населення про медичні огляди.

2. Друга фаза – проводять термометрію, вимірюють АТ, внутрішньоочний тиск, антропометрію, гостроту слуху та зору, забір біоматеріалів.

3. Третя фаза – запрошують осіб на прийом до лікаря, ведуть картотеку взятих на облік і фіксують відвідування, беруть участь в оглядах.

### **Контрольні запитання**

1. Як ви розумієте поняття "спосіб життя"?

2. Що відображає спосіб життя людини?

3. Від чого залежать принципи формування способу життя?

4. Які найдієвіші чинники безпосередньо впливають на стан здоров'я населення?

5. Що таке здоровий спосіб життя?

6. Що необхідно людині для ведення здорового способу життя?

7. Як у процесі еволюційного відбору природа виробила у людини інстинкт самозбереження і самовідновлення здоров'я?

8. На що повинен бути спрямований насамперед здоровий спосіб життя

кожної людини?

9. Який комплекс тренувальних і оздоровлювальних заходів передбачає час формування здорового способу життя?

10. Яка роль медичних працівників у формуванні здорового життя населення?

11. Що таке профілактика?

12. Як ви розумієте поняття "диспансеризація"?

13. Які мета і завдання диспансеризації населення?

14. Які функції середніх медичних працівників на етапах диспансеризації?

## ЛЕКЦІЯ № 5

ТЕМА : Загартовування організму.

ПЛАН

1. Визначення та основні принципи загартовування.
2. Режими загартовування
3. Загартовування повітрям
4. Загартовування швидкими перепадами температур
5. Ходіння босоніж
6. Загартовування до високих температур
7. Загартовування організму сонцем
8. Загартовування водою
9. Купання у відкритих водоймах.

**Загартовування** — це система тренування, яка спрямована на пристосування організму до добових, сезонних, періодичних або раптових змін температури, освітлення магнітного і електричного полів Землі.

Розділяють пасивне і активне загартовування:

1. Пасивне загартовування - відбувається незалежно від волі людини. Влітку люди ходять у легкому одязі, багато часу проводять на відкритому повітрі, купаються.

2. Активне загартовування — це систематичне застосування штучно створених і суворо дозованих холодових впливів, які спрямовані на підвищення стійкості організму до холоду. Сюди належать спеціальні процедури і комплекс процедур у цілому.

Основні принципи загартовування:

1. Поступове збільшення дози загартовувальних впливів.
2. Регулярність загартовування.
3. Урахування індивідуальних особливостей організму.
4. Використання декількох фізичних агентів: холоду, тепла, опромінювання ультрафіолетовими та ультрачервоними променями механічна дія руху повітря, води та ін.;
5. Тренування організму потрібно проводити із застосуванням сильних і слабких, коротких і сповільнених чинників.
6. Проводити загартовування на різному рівні теплопродукції організму, як у стані спокою, так і при руховій діяльності різної активності.
7. Місцева адаптація різних частин тіла не означає загального пристосування організму до дії холоду чи спеки.
8. Оптимальна стійкість досягається при загартовуванні всього організму.
9. Кожна наступна процедура виконується лише за умови повного відновлення температури тіла.

10. Зменшення дози загартовувального агента, урахувавши сумарну дію несприятливих реакцій організму на незвичайні навантаження.

### **Режими загартовування :**

1. Початковий режим – пов'язаний з тренуванням фізичної терморегуляції. Фізична форма терморегуляції забезпечується звуженням капілярів шкіри під дією холоду, а тим самим зменшенням крові, яка циркулює, зниженням температури шкіри та зменшенням тепловіддачі.

Цей режим застосовують у загартовуванні дітей, а також осіб ослаблених хворобою та людей старшого віку.

2. Оптимальний режим – крім фізичної терморегуляції включає також хімічну, хоч і не значною мірою. Хімічна терморегуляція забезпечується посиленням теплопродукції печінки та інших внутрішніх органів при дії холоду.

Цей режим застосовують так як і початковий.

3. Спеціальний- поряд з фізичною терморегуляцією значною мірою включає хімічну.

Цей режим призначають водолазам, верхолазам, а також особам, які працюють в екстремальних умовах.

Абсолютних протипоказань до загартовування немає, але є тимчасові:

1. Гострі респіраторні та інфекційні захворювання.
2. Психічні розлади.
3. Гіпер- і гіпотонічні кризи.
4. Напади бронхіальної астми.
5. Обширні ураження шкіри інфекційного, термічного та травматичного характеру.

**Загартовування повітрям** – прийняття загальних або місцевих повітряних ванн.

Залежно від температури тіла їх поділяють:

1. Теплі
2. Індиферентні.
3. Прохолодні
4. Помірно холодні
5. Дуже холодні.

Залежно від методу розрізняють:

1. Слабкої холодової дії.
2. Сповільненої холодової дії.
3. Тривалої холодової дії.

Вони впливають заспокійливо і рекомендуються перед сном.

Початковий режим загартовування проводять при температурі не нижче 17°C. Тривалість ванни 1-го дня 5-7 хв., 2-го дня 10 хв., 3-го дня 15 хв. і так далі. Пацієнт має бути легко одягнений ( труси, майка, купальник).

Загартовування швидкими перепадами температур – розпочинають влітку.

Рекомендується вранці виходити на вулицю і охолоджуватися до появи « гусячої шкіри». Потім слід виконати фізичні вправи протягом 10-15 хв. та провести обтирання шкіри рушником.

Сон на свіжому повітрі - одна з форм загартування.

Початкова температура повітря 16 – 18°C.

Ходіння босоніж – місцева загартовувальна процедура.

### **Режими ходіння босоніж:**

1. Початковий режим – ходіння у шкарпетках або килиму 7 – 10 хв, потім тільки по підлозі при температурі не нижче 10 0С, потім збільшують ходіння до 35-40 хв.

2. Оптимальний режим – тривалість ходіння 1 год і більше, літом можна ходити по сухій і вологій траві, піску.

3. Спеціальний режим – ходіння босоніж по холодній землі або снігу від 30-60 с до 10 хв.

Після ходіння босоніж потрібні контрастні ножні ванни при температурі 37С і 28-30 0С, через 2 дні температура гарячої води до 42 0С, а холодної до 18 0С.

Охолодження ніг 10-20 с, а нагрівання 10-30 с.

Загартовування до високих температур - розпочинають при температурі повітря вище ніж 30 0С .

Загартовування можна проводити в парових лазнях та сухожарових фінських саунах.

**Сауну** можна використовувати при неспецифічних запальних процесах верхніх дихальних шляхів, неактивній фазі ревматизму, порушеннях периферичного кровообігу, регулярних порушеннях гіпер- і гіпотонічного характеру, хронічних гастритах, захворюваннях опорно-рухового апарату ін.

Протипоказання до сауни:

1. злоякісні пухлини
2. епілепсії
3. гострих фазах запального процесу будь-якої локалізації
4. при серцево-судинній та легеневій недостатності II А I вищої стадії
5. ішемічній хворобі серця з частими нападами стенокардії
6. гіпертонічній хворобі II В, III стадії

Сауну краще відвідувати у другій половині дня і через 2—3 год після їди, спочатку прийняти теплий душ і лише потім заходити до парильні, починаючи з нижньої полиці.

Інтенсивність навантаження в сауні поділяють на:

1. Мале навантаження – 2-3 хв в парильні, потім 2-3 хв на верхні полиці, теплий душ та відпочинок.

2. Середнє навантаження – 2 -3 хв в парильні, потім 3-5 хв на верхні полиці, теплий душ та відпочинок.

3. Велике навантаження – 8-10 хв в парильні, холодні процедури 10 с, на верхні полиці до потовиділення.

Людам, загартованим до дії високої температури (80—90 °С), сауну можна приймати один раз на тиждень.

**Загартовування організму сонцем** – за допомогою штучного ультрафіолетового випромінювання або природних штучних ванн.

Перша сонячна ванна не повинна перевищувати 1/4 біодози на 1 см поверхні шкіри, тобто перебування на сонці 5 хв, потім на 10 - 15 хв під тентом.

При добрій переносності організмом сонячних ванн час опромінення продовжують на 5 — 10 хв і поступово доводять його до 90—120 хв

4 біодози на 1 см<sup>2</sup> поверхні тіла.

Профілактика сонячного удару - захищати голову від дії прямих сонячних променів, а головне — правильно його дозувати.

**Загартовування водою** - можна проводити у вигляді обтирання, обливання, купання, душів, ванн. Обтирання проводять вологим рушником по ходу кровоносних і лімфатичних судин від периферії до центру.

Порядок обтирання: кисті, передпліччя, плечі, шия, груй, спина, а потім — нижня частина тулуба.

Починати обливання краще влітку, обливають тіло з відра при температурі води 34—36 °С.

Для загартовування особливо ефективним є застосування контрастних душів, коли поперемінно використовують теплу та холодну воду з поступовим збільшенням перепаду температур від 5—7 °С до 20 0С і більше.

### **Класифікація водних процедур за температурою:**

1. холодні (температура води нижче 20 °С)
2. прохолодні (температура води 21—32 °С),
3. індіферентні (температура води 32 —35 °С)
4. теплі (температура води 36—38 °С)
5. гарячі (температура води 39 °С і вище)

Купання у відкритих водоймах - є одним із важливих чинників загартовування.

Незагартованим людям перше купання: 20 0С температура води, 24-25 0С температура повітря, час 40 с.

З 2-го дня: час – збільшується із 60 с до 6 хв.

При температурі води вище ніж 20 °С купання становить 8—10 хв. Купання проводять не більше 2 разів на день.

Максимальна тривалість перебування у воді для людей, що загартовуються за початковим режимом, може становити 12—15 хв, а за оптимальним режимом — 18—20 хв.

**Зимове купання** - можуть купатись лише добре загартовані люди.

Зимові купання проводять не частіше ніж 2—4 рази на тиждень, час купання від 15 с до 3 хв. Перед процедурою купання треба протягом 5 хв зігріти тіло спеціальними гімнастичними вправами.

Реакція організму на загартовувальні процедури оцінюється і суб'єктивними і об'єктивними симптомами: гарне самопочуття приємне відчуття тепла, піднесений настрій, підвищення працездатності, одночасне розширення судин, віддача теплоти і швидке розігрівання — ось такі найбільш відчутні реакції організму.

Основна ознака правильності проведення загартовувальної процедури — одержання швидкої і досконалої відповідної реакції організму. Кожна людина повинна починати своє загартовування поступово, обережно, привчаючи організм до сильного впливу холоду.

### **Контрольні запитання**

1. Що таке загартовування?
2. Що таке пасивне загартовування?
3. Що таке активне загартовування?
4. Назвіть основні принципи загартовування
5. Що таке початковий режим загартовування?
6. Що таке оптимальний режим загартовування?
7. Що таке спеціальний режим загартовування?



8. Як проводити загартовування організму повітрям?
9. Як проводити загартовування швидким перепадом температур?
10. Що відноситься до місцевих загартовувальних процедур?
11. Як проводити загартовування до високих температур?
12. Як проводити загартовування сонцем?
13. Як проводити загартовування водою?
14. Якими симптомами оцінюється реакція організму на загартовування?

### Лекція №6

#### Тема: ПСИХІЧНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ

План:

1. Характерна особливість людської психіки.
2. Форми активності людського життя.
3. Визначення звички.
4. Визначення самовиховання та основні методи.
5. Визначення стресу.
6. Характеристика емоційно стійких та нестійких людей.
7. Визначення та найдієвіші механізми психологічного захисту.
8. Визначення аутогенного тренування.
9. Послідовні положення, основні та специфічні вправи для проведення аутотренінгу.
10. Критерії оцінки якості ефективності сеансів аутотренінгу.

Характерною особливістю людської психіки є те, що вона може відволікатися від реальної дійсності і використовувати створені нею образи для психічної саморегуляції.

Саморегуляція поведінки і діяльності є однією із важливих функцій психіки людини. Дії людини можуть бути як зовнішніми, що виконуються за допомогою рухового апарату і органів чуття, так і внутрішніми, що виконуються в розумі.

Людське життя проявляється двома формами активності — поведінкою і діяльністю.

Поведінка — це зовнішні прояви системи рухових реакцій організму людини на дії об'єктивного світу.

Діяльність — це взаємодія з об'єктивним світом, у процесі якої людина свідомо та активно намагається досягти своєї мети.

Звички — це автоматичні дії людини.

Вони бувають корисними - охайність, організованість і шкідливими - куріння, вживання алкоголю, наркотиків. Якщо людина вміє керувати звичками, вона може керувати і своєю поведінкою.

Щоб позбавитись від шкідливих звичок, людина повинна:

1. Сформулювати для себе тверде і безповоротне рішення — діяти в накресленому напрямку.
2. Уникати умов, при яких проявляються старі звички.
3. Не відступати від дотримання нових звичок, доки вони не закріпляться.

Принципи ставлення до життя, які впливають на мотиваційну саморегуляцію:

1. Готовність до будь-яких неочікуваних подій;

2. Сприйняття дійсності такою, як вона є, а не такою, якою її хотілося б бачити;
3. Уміння відрізнити головне від другорядного;
4. Емоційна зрілість і стійкість;
5. Знання засобів впливу на подію;
6. Уміння підходити до проблеми з різних точок зору;
7. Намагання шукати нові, змістовні мотиви життєдіяльності;
8. Уміння бачити перспективу життєвих подій;
9. Розвиток спостережливості;
10. Намагання зрозуміти інших;
11. Уміння вибрати позитивний досвід з подій, які сталися.

Самовиховання — це активна спрямованість на удосконалення своїх фізичних, моральних, трудових, естетичних та інших якостей.

Основні методи самовиховання:

1. Самопізнання — це вивчення психічних властивостей, процесів і станів своєї особистості.
2. Самооцінка - визначається світоглядом, ідеалами, рівнем інтелектуального розвитку особи.
3. Самопорівняння — це різновид самооцінки, що полягає в порівнянні себе з іншими людьми з метою перейняти у них все те позитивне, чого не вистачає у собі.
4. Самозобов'язання — це внутрішні вимоги до себе і своєї поведінки.
5. Самопереконання — це роздуми, дискусія із собою, співставлення різних мотивів, які потребують всебічного обліку всіх обставин і не допускають впливу негативних почуттів.
6. Самонавіювання — це психічний вплив людини на саму себе за допомогою слова, що змінює її психофізичний стан.
7. Самовправи — це формування стійких звичок поведінки.
8. Самопримушування — це вольове уміння, яке спрямоване на подолання труднощів і перешкод.
9. Самонаказ — це вплив на свій емоційний стан шляхом мови.
10. Самозвіт — це звіт людини перед собою про процес і результат власної діяльності та вчинків.
11. Самоконтроль — це визначення відхилень програми самовиховання від поставлених завдань з наступною корекцією програми або поведінки особи.
12. Самозаохочення і самопокарання — емоційне підкріплення здійснених вчинків.

**Самозаохочення** — це усвідомлення своїх успіхів, а самопокарання — усвідомлення і переживання своєї провини, незадоволення собою.

**Стрес** — це неспецифічна реакція організму на ситуацію, яка вимагає більшої чи меншої функціональної перебудови організму і відповідної адаптації.

Характеристика емоційно нестійких людей:

1. неурівноваженість
2. підвищена збудливість
3. схильність до різкої зміни настрою
4. нерішучість
5. неспокій

Характеристика стійких людей:

1. висока витримка
2. самовладання в напружених, критичних і екстремальних ситуаціях.

**Психологічний захист** — це спеціальна регуляторна система стабілізації особи, яка спрямована на усунення або зниження почуття неспокою.

Найдієвішими механізмами психологічного захисту є:

1. Витіснення — це процес, який базується на неприйнятті й усуненні із свідомості неприємної згадки, переживання.
2. Проекція (викидання вперед) — це механізм психологічного захисту, що полягає в неусвідомленому наділенні іншої людини властивими даній особі мотивами і рисами.
3. Ідентифікація — це механізм психологічного захисту, внаслідок дії якого особа ототожнює себе з іншою особою (або із групою людей), яка є для неї взірцем поведінки, фізичної і духовної досконалості.

Аутогенне тренування (аутотренінг) — концентрована форма саморегуляції з одночасним застосуванням саморозслаблення і самонавіювання.

Частіше всього використовують проведення процедур у трьох послідовних положеннях:

1. Сидячи
2. Зручне розміщення у м'якому кріслі.
3. Лежачи горілиць на ліжку, кушетці або дивані.

Після прийняття одного із положень тіла слід заплющити очі і вольовим впливом намагатися максимально розслабити спочатку м'язи обличчя, потім язика і нижньої щелепи.

Після цього проводять дихальну розминку, яка полягає у дво-трихвилинному диханні животом з частотою 14—16 дихальних рухів за 1 хв, потім переходять до основних вправ аутотренінгу:

- а) загальне заспокоєння;
- б) досягнення загальної м'язової релаксації;
- в) виклик відчуття тепла в кінцівках;
- г) оволодіння регуляцією частоти і ритму дихання;
- г) оволодіння регуляцією частоти і ритмом серцевих скорочень мобілізувальні вправи;
- є) загальне зміцнення емоційно-вольової сфери.

На завершальному етапі переходять до виконання спеціальних прийомів аутотренінгу, який складається із 12 занять.

### **Послідовність спеціальних вправ аутотренінгу:**

1. Перший етап — загальне заспокоєння.

Пацієнт із заплющеними очима повільно і тихо повторює кілька разів слова:

- я спокійний, я зовсім спокійний;
- мене ніщо не бентежить, мене ніхто не турбує;
- у мене розслаблені м'язи обличчя, очей, нижньої щелепи, язика;

2. Другий етап — м'язова релаксація.

Пацієнт вольовим зусиллям послідовно створює в організмі певні відчуття:

- я відчуваю важкість у правій руці;
- відчуття важкості у правій руці повільно наростає;
- права рука надто важка, і я не здатний нею поворухнути;

3. Третій етап — емоційно-вольова сфера.

Пацієнт про себе кілька разів повторює у визначеній послідовності вислови:

— я повністю володію собою;

— я володію своїми думками;

— я володію своїми емоціями;

### **Критерії ефективності сеансу аутотренінгу:**

1. Відмінний результат — при позитивній відповіді на всі суб'єктивні відчуття з тесту "Загальне заспокоєння", при позитивній реакції не менше ніж на 10 дій з тесту "М'язова релаксація", на 6—7 дій з тесту "Емоційно-вольова сфера".

2. Добрий результат — при позитивній реакції не менше ніж на 6 дій з тесту "Загальне заспокоєння", на 7 дій з тесту "М'язова релаксація", на 5 дій з тесту "Емоційно-вольова сфера";

3. Задовільний результат — при позитивній відповіді не менше ніж 5 дій з тесту "Загальне заспокоєння", на 6 дій з тесту "М'язова релаксація", на 4 дії з тесту "Емоційно-вольова сфера";

4. Незадовільним вважається результат за показниками, які нижче задовільних бодай по одному із тестів.

### **Контрольні запитання**

1. Що є характерною особливістю людської психіки?

2. Якими двома формами активності проявляється людське життя?

3. Що є однією з важливих функцій психіки людини?

4. Що таке звички?

5. Які правила повинна виконати людина, щоб позбавитись від шкідливих звичок?

6. Назвіть деякі принципи ставлення до життя, які сприятливо впливають на мотиваційну саморегуляцію.

7. Що таке самовиховання?

8. Назвіть основні методи самовиховання.

9. Що таке стрес?

10. Що характерно для емоційно нестійких людей?

11. Що характерно для емоційно стійких людей?

12. Що таке психологічний захист?

13. Назвіть найдієвіші механізми психологічного захисту.

14. Що таке аутогенне тренування?

15. В яких трьох послідовних положеннях застосовують проведення аутотренінгу?

16. Які основні вправи застосовують при проведенні аутотренінгу?

17. Назвіть послідовні етапи до виконання спеціальних вправ аутотренінгу.

18. За якими критеріями оцінюється ефективність сеансу аутотренінгу?

### **Лекція №7**

**Тема: РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ.**

**План:**

1. Визначення та закони раціонального харчування.

2. Групи за інтенсивністю праці

3. Профілактика бактеріологічних отруєнь.

4. Особливості харчування в віковому аспекті

5. Загальні вимоги до організації харчування
6. Рекомендації щодо зменшення надлишкової маси.

**Раціональне харчування** — це правильно організоване своєчасне постачання організму поживної їжі, що містить оптимальну кількість різних харчових речовин, які необхідні для життя, росту і розвитку організму, для зміцнення здоров'я і підвищення працездатності людини.

Раціональне харчування базується на таких законах:

1. Закон відповідності енерговитрат організму енергомісткості раціону.

Це означає, що енергетична цінність харчового раціону має відповідати енергетичним потребам організму.

2. Закон відповідності хімічного складу раціону фізіологічним потребам організму.

У харчовому раціоні повинні міститися в достатній кількості всі харчові речовини, необхідні для пластичних цілей (синтезу власних речовин організму) і регуляції фізіологічних функцій;

3. Закон збалансованості.

Харчовий раціон для забезпечення максимального ефекту має бути збалансованим за вмістом різних харчових продуктів;

4. Закон тимчасового розподілу їжі.

Слід дотримуватися режиму харчування, що визначається споживанням їжі у суворо визначені години доби;

5. Закон адекватності.

Хімічний склад їжі та її засвоюваність мають відповідати особливостям обмінних процесів конкретної людини;

6. Закон естетичного задоволення.

Їжа має бути приємною на смак, мати гарний аромат і вигляд та споживатися в сприятливих умовах.

7. Закон санітарної доброякісності та епідемічної безпеки їжі.

Їжа не повинна містити токсичних речовин, патогенних бактерій або їх токсинів.

Згідно з рекомендаціями щодо вживання харчових речовин усі професії розподілено на 5 груп різної інтенсивності праці:

1. Перша група: керівники підприємств і організацій, інженерно-технічні працівники, медичні працівники, педагоги, працівники науки, літератури і мистецтва, журналісти, бухгалтери та ін.

2. Друга група: інженерно-технічні працівники, праця яких пов'язана з деякими фізичними зусиллями, агрономи, зоотехніки, ветеринари, продавці, працівники сфери обслуговування, зв'язку, медсестри і санітарки, інструктори фізкультури, спортивні тренери.

3. Третя група: працівники механізованої праці, станочники, хірурги, водії, текстильники, працівники легкої, харчової промисловості і комунально-побутового обслуговування, бригадири польових і тракторних бригад, поліграфісти, залізничники, працівники авто- і електротранспорту та ін.

4. Четверта група: будівельники, механізатори, працівники немеханізованої праці, деревообробної промисловості, столяри, металурги та ін.

5. П'ята група: шахтарі, сталевари, вантажники, землекопи, муляри та ін.

Харчовий раціон буде повноцінним, якщо 12—13 % енерговитрат організму покривається за рахунок білків, 33 % — за рахунок жирів і 53—55 % — за рахунок вуглеводів.

Якщо добові енерговитрати становлять 2800 ккал, то в харчовому раціоні має бути 84—98 г білків, 103 г жирів і 385 г вуглеводів, у співвідношенні 1:1, 2:4.

Важливу роль відіграє повноцінне постачання організму вітамінами та мінеральний склад харчового раціону – в ньому дуже важливо домагатися наявності всіх мінеральних речовин у сурових пропорціях.

Також важливим елементом є правильний режим харчування, найбільш фізіологічним є 4-х разове харчування, при ньому рекомендується на сніданок 25 % добового раціону, на другий сніданок — 15 %, на обід — 35 %, на вечерю — 25 %.

#### **Для профілактики бактеріальних отруєнь:**

1. Не купувати на ринку не клеймоване м'ясо та рибу;
2. Не пастеризоване молоко обов'язково кип'ятити;
3. Бомбажні консерви (зі здутою кришкою) викидати;
4. Обробляти сирі та варені м'ясні, рибні й овочеві продукти на різних дошках і за допомогою різного обладнання, яке потім ретельно помити;
5. У холодильнику сирі продукти зберігати нижче від варених, готових до споживання;
6. Варені продукти, які тривалий час зберігалися, перед споживанням необхідно переварити;
7. При зберіганні харчових продуктів дотримуватись норм тривалості їх зберігання за певної температури;
8. Не тримати довго без оброблення розморожене м'ясо;
9. До готових продуктів не торкатись руками, а користуватись столовим приладдя.

#### **Особливості харчування дітей у віці від 2 до 7 років:**

1. Організоване 4-5 разове харчування.
2. Проміжки між їжею 3,5-4 год.
3. Співвідношення білків, жирів і вуглеводів 1:1:3.

#### **Особливості харчування учнів 1-7 класів:**

1. Харчуються відповідно до часу занять:  
перший сніданок о 7.30—8.00 - становить 20 % добової енергетичної цінності.  
другий — о 11.30--12.00 - 20 % енергетичної цінності.  
домашній обід — о 15.00—16.00 - 35—40 % енергетичної цінності.  
вечеря — о 19.30 — 20.00 - 20 % енергетичної цінності.
2. В першу половину дня включають білкові продукти, на вечерю страви з картоплі, овочів, круп, сиру.
3. Їжа повинна бути вітамінізована, особливо на А і D.

#### **Особливості харчування людей у похилому та старечому віці:**

1. Помірність – деяке обмеження харчування щодо кількості.
2. Забезпечення біологічної цінності за рахунок достатньої кількості вітамінів, мікроелементів.
3. Обмежити жири тваринного походження.
4. Обмежити вживання продуктів багатих на холестерин (печінка, ікра).
5. Обмежити вживання вуглеводів, солодоців, особливо цукру.

6. Джерелом вуглеводів мають стати варені овочі, печені яблука.
7. Не слід вживати більше 1 л рідини, солінь, гострих страв, приправ.

### **Особливості харчування осіб розумової праці:**

1. Калорійність добового раціону повинна обмежуватись 2400—2700 ккал.
2. Кількість білків і має бути досить значною, а кількість вуглеводів і жирів — дещо меншою норми.
3. Рекомендується менше споживати легкозасвоюваних вуглеводів.

### **Особливості харчування повних людей:**

1. Включити до раціону овочі та фрукти, які сприяють поліпшення перистальтики.
2. Не можна повністю виключати з раціону жири.
3. Більшу частину добової потреби в жирах повинні становити рослинні жири, які мають антисклеротичну здатність.
4. Особливо важливо вводити в раціон сири, м'ясо та рибу нежирних сортів.
5. Обмеження в раціоні солі до 5—7 г на добу.
6. Поєднувати раціональне харчування з фізичними вправами.
7. Співвідношення білків, жирів і вуглеводів повинно становити 1:1:3,5

### **Особливості харчування спортсменів:**

1. У період інтенсивних систематичних тренувань спортсмени повинні отримувати з їжею в середньому 4200—5500 ккал на добу.
2. Слід включити продукти, що містять багато білків і вуглеводів.
3. Їжа повинна бути багатою на вітаміни.
4. Доцільно щоденно включати до раціону свіжі овочі і фрукти.

### **Загальні вимоги до організацій харчування:**

1. Перед виходом на роботу треба обов'язково поїсти;
2. Інтервали між споживанням їжі не повинні перевищувати 4—5 год;
3. Раціон харчування слід рівномірно розподілити на окремі прийоми їжі — сніданок, обід і вечерю;
4. Вечеряти рекомендується не пізніше ніж за 2—2,5 год до сну.

### **Рекомендації для зменшення маси тіла:**

1. Забезпечити калорійність денного раціону не менше ніж 1200 ккал для дорослої людини середньої маси тіла;
2. Забезпечити від'ємний калорійний баланс на 500—100 ккал на день від збалансованого, що призведе до поступового зменшення маси тіла без порушення обміну речовин; зменшення маси тіла протягом тижня не повинно перевищувати 1 кг;
3. Включати фізичні вправи, які підвищують витривалість організму, 2—3 рази на тиждень тривалістю 20—30 хв з мінімальною інтенсивністю не нижчою, ніж 60 % від максимальної частоти серцевих скорочень.

### **Контрольні запитання**

1. Що таке раціональне харчування?
2. На яких законах базується раціональне харчування?
3. На які групи згідно з рекомендаціями щодо споживання харчових

речовин розподілені всі професії?

4. Яких правил необхідно дотримуватись з метою профілактики бактеріальних отруень?
5. Які особливості харчування учнів 1—7 класів?
6. Які особливості харчування людей похилого і старечого віку?
7. Які особливості харчування людей розумової праці?
8. Які особливості харчування повних людей?
9. Назвіть деякі загальні вимоги до організації харчування.
10. Як визначити ідеальну масу тіла за формулою Купера?
11. Що необхідно рекомендувати для зменшення надлишкової маси тіла?

## **Тема: Сім'я та здоров'я. ЛЕКЦІЯ №8**

План:

1. Визначення сімейного життя.
2. Основні функції сім'ї
3. Визначення нуклеарної та розширеної сім'ї.
4. Стадії розвитку сімейних стосунків.
5. Характерні якості чоловіка та жінки.
6. 10 Правил гармонійного життя.
7. Методи запобігання вагітності.

**Сімейне життя** — це своєрідна життєва школа, і якій чоловік і дружина вчать турбуватися один про одного, про дітей, їхнє виховання.

Виділяють дві основні функції сім'ї:

1. Народження і виховання дітей;
2. Задоволення статевих потреб дорослої людини.

Нуклеарна сім'я — це сімейна структура, в якій батьки і діти живуть разом, але без дідусів і бабусь.

Розширена (велика) сім'я складається із членів сім'ї декількох поколінь.

Перевагою розширеної сім'ї є: забезпечує систему постійної підтримки при всіх життєвих обставинах, але водночас здійснює і контроль за її членами.

Основна проблема сім'ї — в тому, що подружній зв'язок не може залишатися однаковим, він постійно розвивається і змінюється.

### **Стадії розвитку сімейних стосунків:**

1. шлюб до народження дитини;
2. шлюб із маленькими дітьми;
3. шлюб із дітьми, які вирости і залишають батьківську сім'ю;
4. шлюб після того, як діти відокремились від батьків і завели свої сім'ї.

### **Якості характерні для чоловіків:**

1. Абстрактне та теоретичне мислення.
2. Далекоглядність.
3. Критичне осмислення та об'єктивність.
4. Сила і відносна грубість у різних проявах.
5. Впервеність у собі
6. Потяг до колективу та професійна діловитість
7. Пристосування до ситуації, що змінюється менш виражене.
8. Потяг до науки, техніки, політики.



## Якості характерні для жінок:

1. Дипломатичність.
2. Увага та доброта.
3. Конкретніше мислення.
4. Ніжність та поступливість.
5. Жвавність та кокетство
6. Велика емоційність.
7. Інтуїція та передчуття.
8. Домовитість та потяг до сім'ї.
9. Більш досконале пристосування до ситуації, що змінюється.

**Материнська любов** має багато відтінків, вони краще відчують молодших дітей, а у чоловіків більш тісний контакт з дорослими дітьми.

## 10 основних правил для забезпечення гармонійного сімейного життя.

Правило 1. Домашні і службові навантаження потрібно ділити навпіл.

Правило 2. Жінка має демонструвати і зберігати реальну вірність, не тільки не соромлячись, але й пишаючись нею.

Правило 3. Якщо в перші 10 років подружнього життя жінка прагнучиме якнайменше використовувати важелі влади, то в наступні 10 років чоловік керуватиметься не образами, а совістю.

Правило 4. Ні в якому разі безпідставно не ревнуйте і не чіпляйтесь.

Правило 5. Не набридайте один одному.

Правило 6. Не намагайтесь критикувати і переінакшувати свого партнера

Правило 7. Виявляйте увагу до партнера.

Правило 8. Службові турботи залишіть на порозі дому. Проте виявляйте інтерес до службових справ чоловіка.

Правило 9. Пам'ятайте, що ваш зовнішній вигляд має велике значення.

Правило 10. Сексуальність — це лише один із компонентів подружнього життя, але якщо статевий потяг не задовольняється, ніщо інше не може принести повного успіху.

Наслідком сексуальної невдоволеності є :поганий настрій, нервозність, навіть неврози, головний біль та інші негативні моменти, які накладають свій відбиток на стосунки подружжя і можуть спричинитися до взаємного відчуження.

## Методи запобігання вагітності:

1. Найпоширенішим методом запобігання вагітності є користування презервативом.

Однак він теж має недоліки: притуплює статеве відчуття, подовжує тривалість статевого акту, а також спричинює подразнення слизової оболонки піхви.

При користуванні презервативом, що виділяється у чоловіка під час еякуляції, не потрапляє в піхву, а отже, в організм жінки не надходять білки, ферменти, статеві чоловічі гормони, які містяться в сімені.

Новим методом контрацепції є жіночий презерватив -ефективність аналогічна такій, що спостерігається у разі використання чоловічого презерватива.

2. Одним із методів запобігання вагітності є спринцювання піхви розчинами до 5 хв після статевого акту:

2—3 столових ложки столового оцту на 1 л перевареної води; 1 чайна ложка борної кислоти на 1 л води; сік 1 лимона на 1 л води; розчин калію перманганату 1:10 000.

3. Протизаплідні засоби такі як: гумові чашечки.

4. Гормональні методи , які можна підібрати для перорального, інекційного та навіть імплантованого застосування.

5. Найефективнішим методом запобігання вагітності є врахування ребігу менструального циклу.

Дозріла яйцеклітина відділяється яєчника за 16—22 дні до початку наступної менструації, у зв'язку з чим запліднення можливе за 11 — 18 днів до наступної менструації, отже, у кожному менструальному циклі є 2 періоди, в яких запліднення неможливе, а саме: безпосередньо після закінчення менструації і перед початком наступної менструації.

. За 1—2 дні до овуляції температура тіла підвищується на 0,4—0,6 °С. Оскільки сім'яні клітини зберігаються живими 2—4 дні, небезпечний період закінчується за тиждень до підвищення температури тіла. Не можна завагітніти протягом 5—6 днів до початку менструації і 4—5 днів після її закінчення.

Важливою умовою формування у чоловіка батьківської любові до дітей є такі чинники:

— наявність у чоловіка доброї матері, яка любила і плакала свого сина і сформувала в нього любов до себе;

— наявність у чоловіка брата чи сестри, які проявляють турботу інших і любов до них;

— наявність чистого платонічного кохання;

— наявність у чоловіка жінки, яку він любить.

### **Контрольні запитання**

1. Що являє собою сімейне життя?
2. Назвіть дві основні функції сім'ї.
3. Що являє собою нуклеарна сім'я?
4. Які переваги розширених сімей?
5. Назвіть стадії розвитку сімейних стосунків.
6. Чим відрізняється закоханість від любові?
7. Що передусім необхідно для створення гармонійної сім'ї?
8. Які якості характерні переважно для чоловіка?
9. Які якості характерні переважно для жінки?
10. У чому проявляються материнські почуття?
11. У чому проявляються батьківські почуття?
12. Що може бути наслідком сексуальної невдоволеності?
13. Назвіть 10 основних правил, які сприяють забезпеченню гармонійного сімейного життя.
14. Які переваги й недоліки при користуванні чоловічими і жіночими презервативами?
15. Поясніть запобігання вагітності методом спринцювання.
16. Поясніть найефективніший фізіологічний метод запобігання вагітності.
17. Які обставини необхідні для формування у чоловіка батьківських почуттів?

### **Тема: Активне довголіття. ЛЕКЦІЯ №9**

План:

1. Визначення старіння
2. Зовнішні та внутрішні ознаки старіння.
3. Визначення геронтології
4. Визначення геріатрії.

5. Визначення герогієни.

6. Рекомендації щодо сповільнення старіння.

Старіння — закономірний біологічний процес зниження фізіологічних функцій організму, поступового зниження життєвої стійкості організму, його здатності пристосовуватись до зовнішніх впливів і активно здійснювати природні життєві функції.

Характерними зовнішніми ознаками старіння є:

- зміна форми і статури тіла;
- уповільнення і порушення координації рухів;
- швидка фізична і психічна втомлюваність;
- зниження працездатності;
- поява на шкірі зморшок;
- випадання або посивіння волосся;
- послаблення пам'яті, гостроти зору і слуху.

Внутрішніми ознаками старіння є:

- зниження активності умовних і безумовних рефлексів;
- зниження м'язової сили і м'язового тону;
- послаблення діяльності дихальної, серцево-судинної систем, органів травлення, виділення;
- пригнічення системи імунного захисту.

Міжнародна класифікація:

люди у віці 45—59 років належать до групи середнього віку, у віці 60—74 роки — похилого, старші за 75 років — до групи старечого віку. Люди, які досягли 90 років, і старші вважаються довгожителами.

Геронтологія — це наука, що вивчає процеси старіння з позицій біології, духовні та фізичні особливості старих людей, а також їх соціальну значущість.

Термін "геронтологія" в науку ввів видатний російський вчений І.М. Мечников.

Пізніше зародилася геріатрія як галузь клінічної медицини, що вивчає захворювання людей похилого і старечого віку, розробляє методи їх профілактики, діагностики та лікування.

Наука герогієна вивчає методи і заходи, які сповільнюють старіння і продовжують тривалість життя.

Основні рекомендації, дотримуючись яких можна сповільнити старіння, обмежити захворювання і тим самим продовжити тривалість повноцінного життя, такі:

- відмова від переїдання;
- регулярність споживання їжі;
- правильний режим праці та відпочинку;
- достатня тривалість сну;
- активність і високий руховий режим;
- відмова від шкідливих звичок (куріння, наркоманія, зловживання алкоголем).

Важливе значення для активного довголіття має характер харчування. Для профілактики передчасного старіння необхідно дотримуватись таких його принципів:

- збалансованість харчування з енерговитратами організму. Переїдання і надмірне надходження з продуктами великої кількості енергії призводить до ожиріння, на тлі якого легко розвиваються атеросклероз, цукровий діабет;
- якісне повноцінне харчування шляхом збалансованого забезпечення його вітамінами, мінеральними солями, мікроелементами;
- систематичне дотримання тактики комбінованого харчування з використанням продуктів рослинного і тваринного походження, віддаючи перевагу молочно-рослинній їжі;
- індивідуалізація харчування. Спеціальні дієти бувають необхідними при захворюваннях окремих внутрішніх органів, деяких порушеннях обміну речовин.

### **Контрольні питання**

1. Що таке старіння?
2. Назвіть зовнішні ознаки старіння.
3. Назвіть внутрішні ознаки старіння.
4. Що таке геронтологія?
5. Що таке геріатрія?
6. Що таке герогігієна?
7. Назвіть рекомендації щодо сповільнення старіння.
8. Які соціальні контакти прикрашають старість?

## **СЕМЕСТР IV**

### **ЛЕКЦІЯ № 1**

**Тема: „Типи лікувально-профілактичних закладів, їх структура та функції. Безпечне лікарняне середовище. ЛОР.”**

#### *П л а н*

1. Типи лікувально-профілактичних закладів. функції медичної сестри в лікувальному процесі.
2. Медико-санітарна допомога, її структура. Обов'язки медичної сестри.
3. Безпечне лікарняне середовище, правильна біомеханіка тіла.
4. Лікувально – охоронний режим.

Для надання медичної допомоги населенню в нашій країні створено широку мережу лікувально-профілактичних закладів ( ЛПЗ) як державної, так і приватної системи охорони здоров'я.

Основні принципи і зміст роботи медичних сестер у різних ЛПЗ суттєво різняться. Різним є й обсяг догляду за пацієнтами. Кожен медичний працівник повинен знати призначення всіх ЛПЗ в проведенні лікувальних і профілактичних заходів

Медична сестра має право працювати в найрізноманітніших установах системи охорони здоров'я. Для кращої орієнтації та призначення ролі медичної сестри сьогодні ми зупинимося на типах лікувально-профілактичних закладів, які існують в Україні.

#### **1. Типи лікувально-профілактичних закладів.**

Медична допомога в Україні здійснюється різними медичними закладами, що розподіляються на амбулаторні, стаціонарні, змішані, заклади охорони материнства і дитинства, санаторії та профілакторії.

**Амбулаторні заклади** – в них надається лікувальна допомога хворим, які знаходяться в домашніх умовах.

1. **Поліклініка**
2. **Амбулаторія**
3. **Медико-санітарна частина**
4. **Диспансери**
5. До складу поліклінік входять **консультації** (дитяча та жіноча).
6. **ФАП**
7. **Станції „швидкої допомоги”**
8. **Здоровпункт**

**Стаціонарні заклади** – проводять лікування хворих, яких госпіталізують у відділення.

1. **Лікарня.**
2. **Клініка**
3. **Госпіталь (шпиталь)**
4. **Санаторії (профілакторії)**
5. **Хоспіс**

- **Заклади охорони материнства і дитинства.**



Схема 1. Лікувально-профілактичні заклади

Організація медичної допомоги розглядається як медико-санітарна допомога. Медико-санітарна допомога сьогодні надається на трьох рівнях.



**Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)** є основною найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я людини. Вона надається переважно за

*територіальним принципом*, тобто медичний працівник обслуговує певну кількість людей, що проживають на закріпленій за ним території.

### **Вторинна медична допомога**

За визначенням ВООЗ, цей рівень медичної допомоги потребує обслуговування особливого характеру, вторинна медична допомога більш складна, ніж допомога, яку надає лікар загальної практики; вона включає допомогу, яка надається спеціалізованими службами за направленням первинних ланок медичної служби.

### **Третинна медична допомога**

ВООЗ дає їй таке визначення: допомога, що потребує висококваліфікованого обслуговування, яка, як правило, може бути надана лише в спеціально обладнаних з цією метою центрах та лікарнях, що пройшли відповідну спеціалізацію. До центрів третинної медичної допомоги в Україні належать:

**Біомеханіка тіла** – це спосіб за допомогою якого тіло людини пристосовується, щоб не втратити рівновагу під час руху. Правильне положення тіла – положення при якому спина випрямлена і виключені які б то не були викривлення, напруження, тиск і почуття дискомфорту.

Робоче місце медичної сестри повинно бути організоване так, щоб попередити травми хребта.

### **4. Лікувально – охоронний режим в ЛПЗ.**

**Лікувально – охоронний режим** – це система лікувальних та профілактичних заходів, які усувають або обмежують несприятливий вплив подразників, що можуть зустрітися в умовах лікарні, оберігають психіку хворого, позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню.

Основою лікувально – охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня, який забезпечує фізичний та психічний спокій хворого.

### **Розпорядок дня у відділеннях терапевтичного профілю**

<b>Години</b>	<b>Заходи</b>	<b>Обсяг роботи медичної сестри</b>
7.00	Підйом	Вмикає світло в палатах
7.05-7.30	Вимірювання температури тіла	Роздає термометри, слідкує за правильністю вимірювання температури тіла, записує результати вимірювання в температурний листок
7.30-8.00	Ранковий туалет хворих	Допомагає вмитися важкохворим, обробляє ротову порожнину, очі, ніс, підмиває, розчісує, перестеляє ліжко, відправляє сечу та кал в лабораторію
8.00-8.30	Прийняття ліків	Роздає ліки та слідкує за їх прийняттям
8.30-9.00	Сніданок	Допомагає роздавати їжу, годує важкохворих
9.00-10.00	Обхід лікаря	Бере участь в обході та записує призначення лікаря
10.00-13.00	Виконання призначень лікаря	Супроводжує хворих у рентген кабінет, до лікарів-консультантів, проводить зондування, робить ін'єкції, доглядає за важкохворими
13.00-13.30	Прийняття ліків	Роздає ліки та слідкує за їх прийняттям
13.30-14.30	Обід	Допомагає їжу, годує важкохворих



14.30-16.30	Післяобідній відпочинок	Провітрює палати, слідкує, щоб було тихо у відділенні та палатах, контролює стан важкохворих
16.30-17.00	Вечірнє вимірювання температури тіла	Роздає термометри, слідкує за правильністю вимірювання температури тіла, записує результати вимірювання в температурний листок та історії хвороби
17.00-17.30	Прийняття ліків	Роздає ліки та слідкує за їх прийняттям
17.30-19.00	Відвідування хворих родичами	Слідкує за порядком у відділенні, перевіряє передачі родичів
19.00-20.00	Вечеря	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
20.00-21.00	Виконання вечірніх призначень	Готує хворих до рентгенівського та ендоскопічного досліджень на наступний день, ставить клізми, банки, накладає гірчичники, зігріваючі компреси, робить ін'єкції
21.00-22.00	Вечірній туалет	Підмиває важкохворих, перестеляє ліжко, обробляє ротову порожнину, проводить туалет носа, вух, провітрює палати
22.00	Відхід до сну	Вимикає світло у палатах, вкриває хворих, слідкує, щоб було тихо у відділенні та палатах

Треба створити навколо хворого сприятливий емоційний клімат з оптимістичним настроєм.

Дуже важливе значення має дотримання хворим призначеного йому режиму фізичної активності. В лікувальних закладах режим хворого може бути суворим постільним, постільним і палатним.

Положення хворого в ліжку може бути активним, пасивним і вимушеним.

*Активне положення* хворі при легкому перебігу захворювань, або в початковій стадії важкого захворювання. При цьому хворий самостійно змінює своє положення в ліжку, сідає, встає, ходить, приймає їжу, проводить засоби особистої гігієни.

*Пасивне положення* спостерігається у хворих в непритомному стані, або у дуже ослаблених осіб. При цьому хворий не може самостійно змінити своє положення (підняти голову, руки) і займає таке положення якого йому надали.

*Вимушене положення* яке займають хворі для полегшення стану і зменшення симптомів захворювання (біль, задишка, тощо).

#### **Питання для самоконтролю:**

1. Типи лікувально-профілактичних закладів;
2. Рівні медико-санітарної допомоги;
3. Які типи ЛПЗ бувають, їх структура, обладнання та режим роботи;
4. Функціональні обов'язки медичної сестри амбулаторій;
5. Функціональні обов'язки медичної сестри стаціонарів;
6. Оснащення та документація постової медичної сестри;
7. безпечне лікарняне середовище та його характеристика;
8. Визначення лікувально-охоронного режиму;
9. основні елементи ЛОР.

#### **Домашнє завдання:**

1. В.З.Нетяженко „Загальний та спеціальний догляд за хворими”, ст. 12-25
2. „Основи сестринської справи” Н.В.Пасечко ст. 153-176

3. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”, стор. 160-170.
4. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”, стор. 374-378.
5. М.Г.Шевчук „Сестринська справа”, Київ Здоров’я стор. 21-34.

## ЛЕКЦІЯ № 2

### Тема : Санітарно-протиепідемічний режим в ЛПЗ. Дезінфекція.

#### П л а н

1. Поняття про санітарно-протиепідемічний режим ЛПЗ.
2. Проблеми внутрішньолікарняної інфекції.
3. Шляхи зараження.
4. Групи ризику.
5. Заходи профілактики.
6. Особиста гігієна медперсоналу.
7. Обробка рук медсестри до і після виконання маніпуляцій.
8. Дезінфекція, її розділи.
9. Види і методи дезінфекції.
10. Правила приготування і застосування хлоровмісних дезінфікуючих розчинів.

**СПЕР (санітарно-протиепідемічний режим)** – це комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню внутрішньолікарняної інфекції.

#### Основними чинниками СПЕР є:

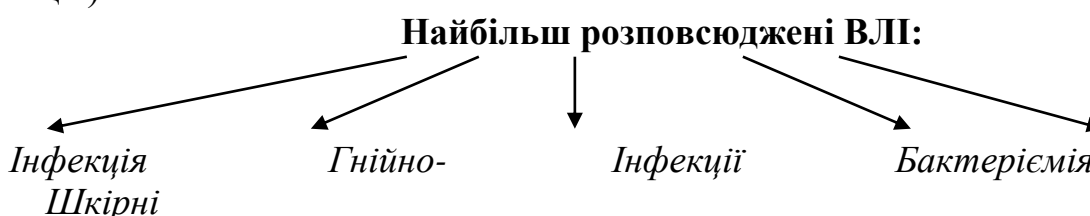
- дезінфекція
- стерилізація
- асептика
- антисептика

СПЕР у ЛПЗ – забезпечується інфекційним контролем, в основу якого покладена інфекційна безпека.

**Внутрішньолікарняною інфекцією** – вважають будь-яке клінічно виражене захворювання мікробного походження, якщо воно вражає хворого в результаті його госпіталізації або відвідування лікувального закладу з метою лікування або діагностики.

**Інфекція** (*infectio* - зараження) – це стан зараження організму патогенними мікробами, при якому відбувається взаємодія між збудником захворювання і організмом.

Внутрішньолікарняні інфекції можуть вражати як пацієнтів так і медичний персонал при виконанні їх функціональних обов’язків (вітряна віспа, гострі респіраторні вірусні інфекції, гострі кишкові інфекції, вірусний гепатит В, ВІЛ-інфекція).





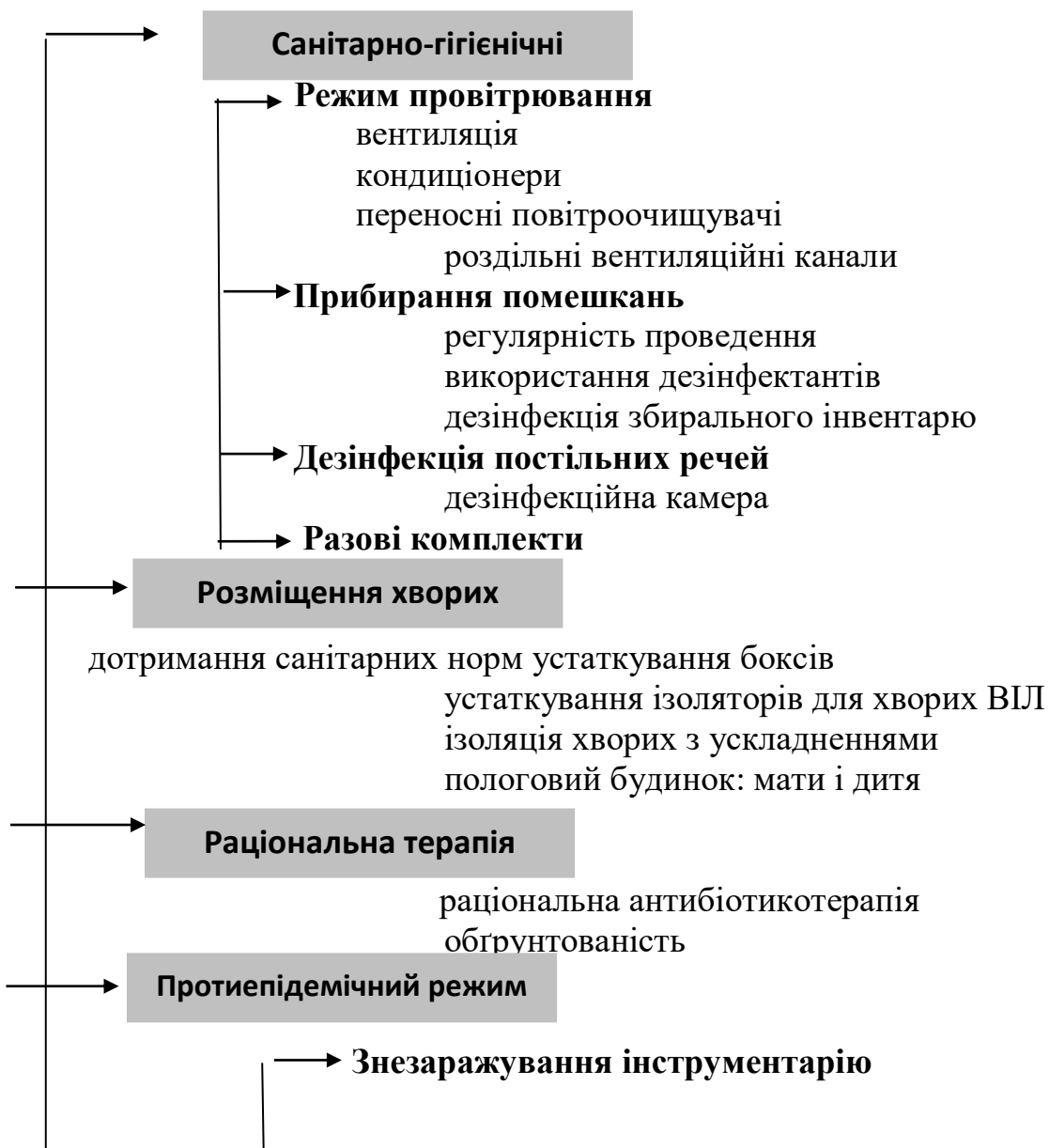
**Джерела збудників ВЛІ:**

- самі хворі
- бактеріоносії (у тому числі можуть бути і медпрацівники)
- матері (в акушерських стаціонарах)

**Шляхи передачі збудників ВЛІ:**

- повітряно-крапельний і повітряно-пиловий шлях передачі;
- контактно-побутовий;
- харчовий;
- парентеральний.

**Схема профілактики внутрішньолікарняної інфекції в стаціонарі**  
**Спрямованість профілактичних заходів**



централізовані стерилізаційні відділення

- **Безпечне харчування**  
контроль харчоблоку, пункту роздачі  
раціональне збереження продуктів
- **Контроль здоров'я персоналу, хворих**

### Особиста гігієна медичного персоналу

Медична сестра повинна бути взірцем чистоти та акуратності. Її робочим одягом є халат чи медичний костюм, шапочка або косинка, які повністю прикривають волосся і м'яке шкіряне зручне взуття.

Для роздавання їжі і годування важкохворих має бути інший чистий халат.

Виходячи за межі лікарні або відвідуючи санітарний вузол, медична сестра повинна знімати халат.

При виконанні певних медичних маніпуляцій (перев'язки, пункції...) медична сестра обов'язково повинна одягати маску. У дитячих, хірургічних відділеннях або пологових будинках маску носять постійно.

Медична сестра не повинна зловживати косметикою, парфумами. Її руки повинні бути завжди чисто вимиті, нігті – коротко зрізаними.

### Знезараження рук персоналу

**Миття рук** – найефективніший метод запобігання поширенню мікроорганізмів серед персоналу і хворих лікувально-профілактичних закладів.

#### Є 3 рівні оброблення рук.

Соціальний рівень (побутовий)

Гігієнічний рівень

Хірургічний рівень

**Дезінфекція** – це знищення в середовищі, що оточує людину патогенних мікроорганізмів (бактерій, вірусів, рикетсій, грибів, найпростіших, токсинів), їх переносників (комах, кліщів), а також гризунів.

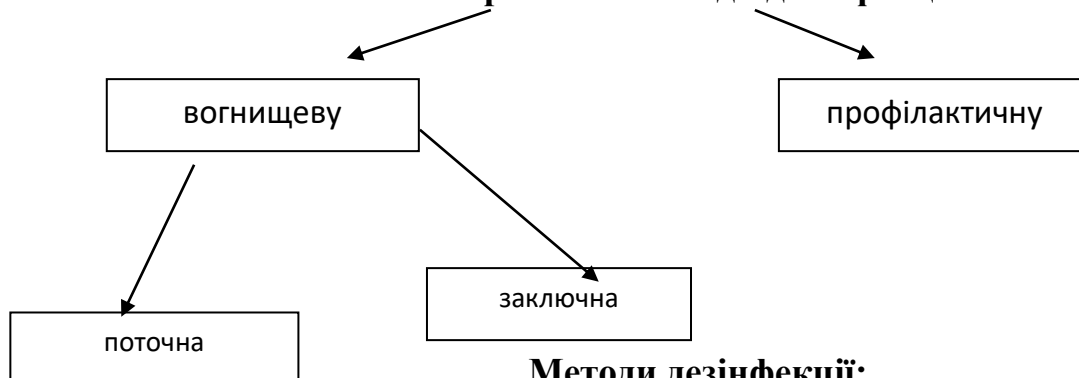
**Для проведення дезінфекції необхідно знати:**

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

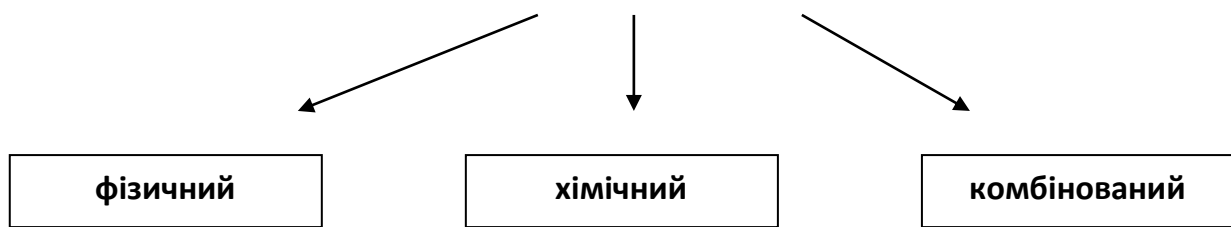
#### Розділи дезінфекції:

1. Власне дезінфекція – знищення патогенних мікроорганізмів.
2. Дезінсекція – знищення переносників (комах, кліщів).
3. Дератизація – знищення гризунів.
4. Стерилізація – знищення всіх мікроорганізмів і їх спор.

#### Розрізняють 2 види дезінфекції:



#### Методи дезінфекції:



### Приготування робочих розчинів різної концентрації

Концентрація робочого розчину, %	Кількість концентрату, мл.	Об'єм води для приготування 10л. 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	1 000	9,0
3	3 000	7,0
5	5 000	5,0

### Приготування розчину дезактину

Концентрація хлораміну в розчині, %	Кількість хлораміну, г	Об'єм води, мл
0,2	2	1 000
1	10	990
2	20	980
3	30	970
4	40	960
5	50	950

#### Домашнє завдання:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринста”, стор. 264-267.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”, стор. 36-61.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”, стор. 230-240.
4. М.Г.Шевчук „Сестринська справа”, Київ Здоров'я стор. 40-58.

### Лекція № 3

#### Тема : Види та методи стерилізації. Асептика та антисептика.

#### П л а н

1. Стерилізація.
2. Види і методи стерилізації.
3. Передстерилізаційна обробка медичних інструментів.

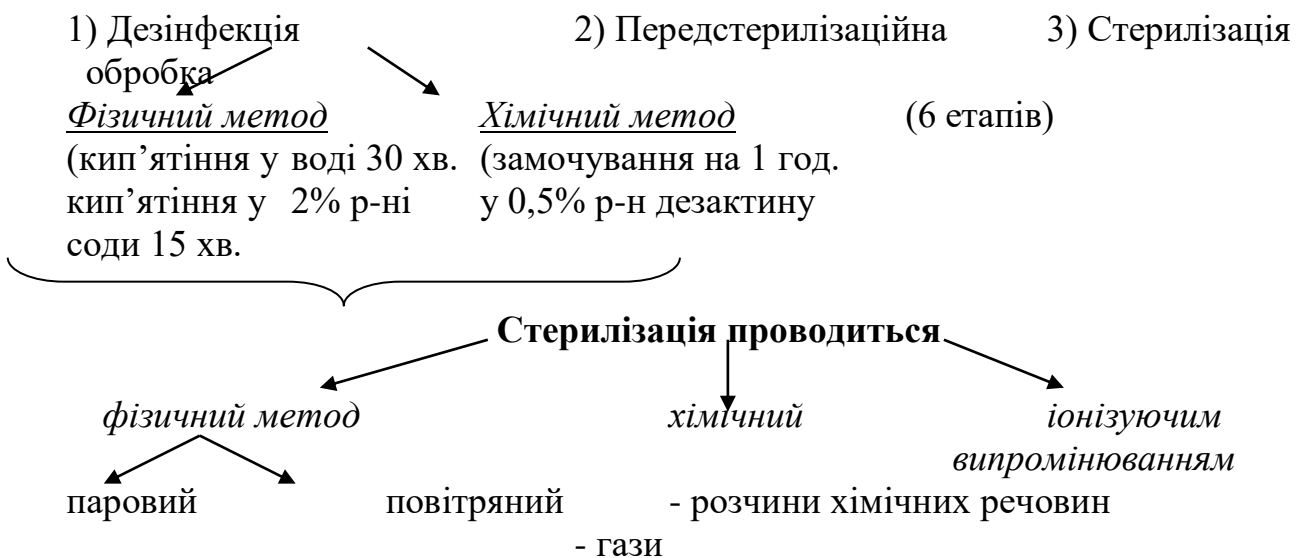
4. Контроль якості передстерилізаційної обробки.
5. Методи контролю стерилізації.
6. Поняття про асептику і антисептику.
7. Чинні накази МОЗ України, які регламентують СПЕР ЛПЗ (№ 38, 120, 223, 408, 552, 720, 955).
8. Профілактика передачі кров'яних інфекцій, безпека медичного персоналу.

**Стерилізація** (від латинського *sterilis* - *безплідний*) – це знищення всіх мікроорганізмів (патогенних і непатогенних) і їхніх спор за допомогою фізичних та хімічних чинників.

Стерилізуватися повинні всі вироби, які торкаються з рановою поверхнею, з кров'ю або ін'єкційними препаратами та окремі види медичних інструментів, які в процесі експлуатації торкаються зі слизовою оболонкою і можуть визвати її травму (порушення цілісності).

Стерилізація має дуже важливе значення для клінічної і профілактичної медицини. Стерилізація медичних інструментів, предметів догляду, перев'язувального матеріалу має велике значення в профілактиці внутрішньо лікарняної інфекції.

### Підготовка медичного інструментарію до стерилізації:



### А Л Г О Р И Т М по обробці використаних шприців та голок (Наказ № 408)

#### 1. Дезінфекція (знезараження)

Через шприц, не знімаючи голку, пропустити до 10 мл дезінфікуючого розчину:

- 0,5% р-ну дезактину
- 3% р-ну хлораміну

2. Розібрати і занурити в дезінфікуючий розчин на 1 годину.

#### 2. Передстерилізаційна очистка

*Етапи:*

1. Промивання під проточною водою 0,5-1 хв.

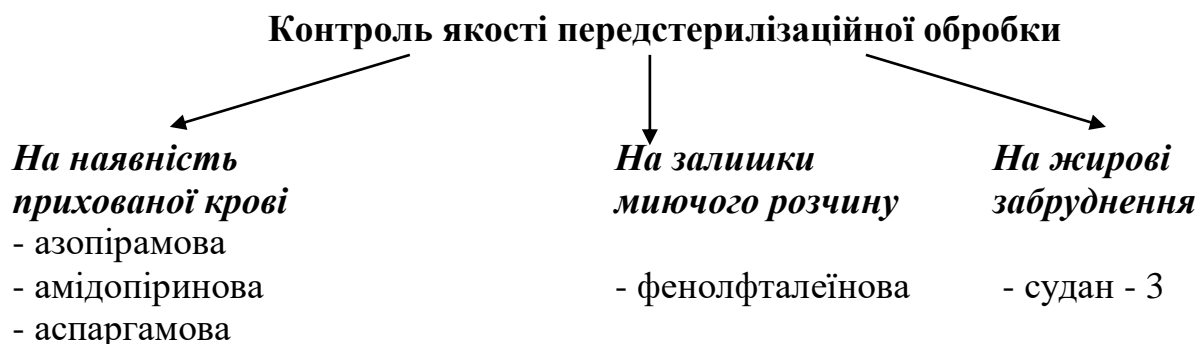
2. Занурити в миючий розчин (при повному зануренні) при температурі 50-55 °С на 15 хв.

3.Промивання кожного виробу у миючому розчині йоршиком чи ватно-марлевым тампоном 1 хв. Голки прочищати мандреном і пропускати розчин через кожен голку.

4.Промити під проточною водою до 10 хв.

5.Обезсолення – промивання дистильованою водою 1 хв.

6.Висушування в розібраному вигляді в сухо жаровій шафі  $t=85^{\circ}\text{C}$



Час врахування – 1 хв.

Колір – синьо-зелений

Час врахування – 1 хв.

Колір – рожевий

Час врахування – 1 хв.

Колір – жовтий – фіолетовий

### Методи стерилізації

**I. Паровий метод** – використовується водяна насичена пара під тиском. Стерилізація проводиться в паровому стерилізаторі (автоклаві).

Стерилізація проводиться в біксах, м'якій упаковці, крафт-пакетах

Тиск пари – 2 Атм  $t=132^{\circ}\text{C} = 20$  хв.

1,1 Атм  $t=120^{\circ}\text{C} = 45$  хв.

Контроль стерильності здійснюється за допомогою фізичного, хімічного та бактеріологічного методів.

### **II. Повітряний метод стерилізації.**

Використовується висока температура (сухе, гаряче повітря)

Стерилізація проводиться в (сухожарових шафах) повітряних стерилізаторах.

При  $t = 180^{\circ}\text{C}$  протягом 60 хв.

При  $t = 160^{\circ}\text{C}$  протягом 150 хв. (2,5 год.)

Контроль якості стерилізації: проводять фізичним, біологічним та термічним.

1) **При фізичному методі** контролю застосовують порошкоподібну речовину:

сахароза  $t = 180^{\circ}\text{C}$

тіосечовина  $t = 160^{\circ}\text{C}$

альбуцид

аспірин

аскорбінова кислота

2) **При термічному** – за допомогою термометра.

**III. Хімічний метод стерилізації** – (холодна) стерилізація. Це стерилізація за допомогою розчинів хімічних речовин і газів.

Така стерилізація проводиться при  $t$ , яка не перевищує температури коагуляції білка ( $45-60^{\circ}\text{C}$ ).

- 6% перекис водню  $t = 18^{\circ}\text{C} - 6$  год.

$t = 50^{\circ}\text{C} - 3$  год.

- 70% етиловий спирт – 2 год.

Використовується емальований, скляний або пластмасовий посуд. Після стерилізації – промити у стерильній дистильованій воді або ізотонічному розчині.

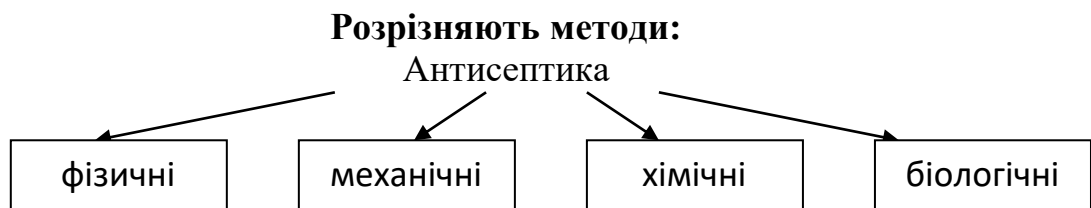
**IV. Стерилізація іонізуючим випромінюванням.** Променеву стерилізацію проводять іонізуючими променями великої енергетичної сили, які можуть проникати на різну глибину в матеріал, що підлягає стерилізації. Переважно застосовують бета- і гамма- випромінювання. Застосовують на промислових підприємствах, де виготовляють:

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

В основу асептики покладене правило:

*Все, що стикається з раною (руки медперсоналу, інструментарій, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал, операційна білизна, повітря в операційній та перев'язувальній) має бути стерильним.*

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



### Н А К А З И

1. **Наказ № 38** МОЗ України від 28 березня 1994 р.  
“Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом”.
2. **Наказ № 223** МОЗ України від 22.10.93 р.  
“Про збір, знезараження та здачу використаних медичних виробів одноразового застосування із пластичних мас”
3. **Наказ № 288** МОЗ СРСР від 23 березня 1976 р.  
“Про затвердження інструкції про санітарно-епідемічний режим лікарень. Про порядок здійснення органами і закладами санітарно-епідемічної служби державного санітарного нагляду за санітарним станом лікувально-профілактичних закладів”
4. **Наказ № 408** МОЗ СРСР від 12 липня 1989 р.  
“Про заходи по зниженню захворювань вірусним гепатитом в державі”
5. **Наказ № 720** МОЗ СРСР від 31 липня 1978 р.  
“Про покращення медичної допомоги хворим з гнійними хірургічними захворюваннями та посилення заходів по боротьбі з внутрішньолікарняною інфекцією”
6. **Галузевий стандарт 42-21-2-85** МОЗ СРСР № 770  
“Стерилізація і дезінфекція виробів медичного призначення. Методи, засоби і режими”
7. **Наказ № 120** МОЗ України від 25 травня 2000 р.  
“Профілактика внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією”.
8. **Наказ № 955** МОЗ України від 05 листопада 2013 р.
9. “Про порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ інфекції у працівників при виконанні професійних обов’язків ”.

## **Профілактика ВЛІ. Загальні запобіжні заходи**

Запобіжні заходи, запропоновані далі, допоможуть персоналу вберегти себе від інфікування не тільки ВЛІ, але й вірусного гепатиту В і ВІЛ-інфекцією.

Виконуючи будь-які маніпуляції такими предметами, як голки, скальпелі, леза, слід проводитися обережно, щоб запобігти травмуванню. Бар'єрами, які запобігають інфікуванню персоналу ВІЛ-інфекцією і вірусом гепатиту В, є рукавички, халати, маски й захисні окуляри.

### **Питання для самоконтролю:**

1. Дати визначення поняттям – стерилізація.
2. Асептика, антисептика.
3. Назвати методи стерилізації.
4. Назвати методи контролю стерилізації.
5. Назвати етапи передстерилізаційного оброблення медичних інструментів.
6. З якою метою проводиться контроль якості передстерилізаційного оброблення медичних інструментів.
7. Назвати проби, які застосовують для виявлення залишків крові.
8. Назвати проби, які застосовують для виявлення залишків миючого засобу.
9. Назвати проби, які застосовують для виявлення залишків жиру.

### **Домашнє завдання:**

1. Підручник Н.В.Пасечко „Основи сестринської справи”, стор. 145-148
2. М.Г.Шевчук „Сестринська справа”, стор. 60-88.
3. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник „Основи медсестринста”, стор. 566-609.
4. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2017 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”, стор. 160-170.
5. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”, стор. 374-378.
6. М.Г.Шевчук „Сестринська справа”, Київ Здоров'я стор. 185-200.

## **ЛЕКЦІЯ № 4**

**Тема: Виписування, зберігання, облік, та отримування лікарських засобів.**

*П л а н:*

1. Вибір призначень з листків призначень хворих.
2. Виписування вимоги-накладної і правила одержання ліків з аптеки.
3. Виписування, облік, видача та зберігання наркотичних, сильнодіючих та гостродефіцитних лікарських засобів. Наказ МОЗ України № 356.
4. Розміщення ліків у шафі. Шафи А та Б.
5. Роздавання ліків у стаціонарі та правила приймання ліків. Право пацієнта на інформацію про призначені лікарські засоби. Необхідність згоди пацієнта на введення ліків.
6. Зовнішній спосіб застосування ліків: змазування шкіри, втирання мазі, накладання пластирів, бовтанок, присипок. Закапування крапель в очі, вуха, ніс. Аерозолі. Застосування інгаляторів.
7. Ентеральний спосіб введення ліків: через рот, під язик, ректальне; його переваги та недоліки. Лікарські форми для ентерального вживання, дози.

## **Правила виписування і отримання лікарських препаратів**

Медикаментозна терапія є однією з найважливіших лікувальних чинників. Від того, наскільки вміло і професійно медична сестра чи акушерка введе призначені хворому ліки, в багатьох випадках залежить успіх лікування.

Лікар після щоденного огляду хворих у відділенні записує в історію хвороби необхідні кожному хворому лікарські препарати, їх дози, кількість прийомів та шляхи введення.

Палатна медична сестра щоденно робить вибірку призначень з медичної карти стаціонарного хворого, переписує їх в листок призначень окремо для кожного хворого.

Медсестри маніпуляційних, перев'язувальних кабінетів щоденно звіряють свої робочі журнали з листками призначень.

Перелік, усіх призначених лікарських препаратів, написаний українською мовою; палатні, процедурні, перев'язувальні медсестри передають старшій медичній сестрі відділення. Вона сумує одержані дані і виписує вимогу (накладну-квитанцію) на одержання цих ліків з аптеки. Вимога складається зі двох частин: відривної частини, яку направляють в аптеку, і корінця, який залишається у відділенні.

Підписує вимогу на отримання ліків із аптеки старша медсестра та завідуючий відділенням.

Лікарські препарати, які призначають для лікування хворих у стаціонарі, відпускаються аптеками лише медичній сестрі. Категорично забороняється одержувати препарати з аптеки допоміжному персоналу (санітаркам, водіям).

Готові лікарські форми отримують в день подачі вимоги, а ті, які готують в аптеці не пізніше наступного дня.

Отримуючи лікарські препарати медична сестра зобов'язана перевірити правильність оформлення: дози, срок дієвості, чіткість підписів, герметичність і цілісність упаковки, їх кількість.

**Зберігання лікарських препаратів у відділенні**

Відповідальність за зберігання лікарських препаратів і їх витрати, а також за порядок у місцях зберігання, дотримання правил видачі і призначення препаратів несе завідуючий відділенням. Безпосереднім виконавцем щодо організації зберігання і витрати медикаментів є старша медична сестра.

Ліки для зовнішнього і внутрішнього застосування зберігаються на посту медсестри у шафі і холодильнику. У шафі ліки розміщуються по групах: сечогінні, гіпотензивні, анальгетики, антибіотики...

У місцях зберігання лікарських препаратів повинні витримуватися температурний і світловий режим. Настоя, відвари, емульсії, сироватки, вакцини мають зберігатися лише в холодильнику (температура 2-10<sup>0</sup>С). Препарати з різким запахом (йодоформ, лізол...) зберігають окремо, щоб їхній запах не поширювався на інші препарати. Окремо зберігають вогнебезпечні речовини: спирт, ефір, бензин, а також перев'язувальний матеріал.

Спиртові та ефірні розчини, настої і екстракти не псуються, але з них випаровується спирт, внаслідок чого вони стають більш концентрованими, тому зберігають їх у флаконах з добре притертим корком.

Мікстури зберігають до 3 днів; відвари, настої – 2 доби.

Ін'єкційні препарати зберігаються у маніпуляційному кабінеті в шафах, холодильнику чи сейфі.

Наркотичні анальгетики зберігають, ведуть облік та витрату згідно наказу № 356.



У сейфі зберігають наркотичні анальгетики і отрути (список А) і сильнодіючі препарати (список Б). На внутрішній поверхні дверей сейфу повинен бути список лікарських препаратів, що там зберігаються з указанням вищих разових і добових доз.

Отруйні й наркотичні анальгетики підлягають кількісному обліку в спеціальному журналі сторінки якого пронумеровані, прошнуровані, скріплені печаткою і підписом головного лікаря. Для кожного лікарського препарату списку А і Б у журналі відводиться окрема сторінка.

За порушення правил обліку і зберігання лікарських препаратів списку А і Б медичний персонал притягується до кримінальної відповідальності.

### **Організація роздачі ліків у відділенні**

Роздає медикаменти палатна сестра відповідно до листків призначень. Медична сестра роздає препарати в строгій послідовності до призначення.

Медсестра повинна знати лікарські препарати за кольором, запахом, смаком, щоб запобігти помилки при їх роздачі, а також попередити хворого, що препарат гіркий або що його не треба розжовувати. Перед тим, як дати хворому лікарський препарат, необхідно ретельно звірити призначення в листку з аптечною етикеткою на упаковці.

Ліки видаються виключно на один прийом і приймаються в присутності медичного працівника.

Медикаментозному лікуванню серед інших лікувальних заходів належить одне із ведучих місць. Медсестра повинна хорошо знати дозу і зберігання ліків, методи введення ліків, а також забезпечити своєчасну роздачу ліків в призначений час лікарем. Роздачу ліків проводить тільки медсестра і приймати їх пацієнти повинні тільки в її присутності.

### **Лікувальний вплив препаратів відбувається за:**



**Лікувальною або терапевтичною дозою** називають мінімальну кількість ліків, введення яких дає лікувальний ефект.

***Токсичною дозою*** називають більш високі дози, при використанні яких настає отруєння.

Для кожних ліків установлені разові і добові дози.

### **Шляхи введення лікарських препаратів**

При лікуванні хворих велике значення має метод введення лікарських препаратів. Від цього залежить швидкість і сила дії препарату.

Лікарські препарати мають місцеву дію на тканини і загальний вплив на організм після всмоктування в кров. Розрізняють:

- 1) Зовнішній шлях (через шкірні покриви, слизові оболонки і дихальні шляхи).
- 2) Ентеральний шлях (введення ліків через травний канал).
- 3) Парентеральний (поза травним каналом – шляхом ін'єкцій).

**До зовнішнього шляху застосування ліків відносять:**

**Змазування шкіри** – частіше різними дезінфікуючими засобами для

зnezараження. Для цього застосовують 3% чи 5% настоянку йоду спиртового, розчин брильянтового зеленого тощо.

**Розтирання шкіри** застосовують при деяких захворюваннях. Шкіру на місці розтирання і долоні обмивають теплою водою з милом і висушують. Тривалість розтирання 3-5 хв. Після розтирання шкіри хворого вкривають шерстяною хусткою або ковдрою.

**Присипка або пудра** – це суміш порошків. Вони мають висушувальну дію, вбирають тепло і охолоджують шкіру. Цим самим порошки і пудри діють протизапально, зменшують печію, біль, свербіння. Застосовують при запальних станах шкіри, які не супроводжуються мокрінням, при опрілостях.

**Збовтуючі суміші «бовтанки»** – це суміші порошків і рідин у рівних кількостях. При нанесенні бовтанки на шкіру її різкий компонент швидко випаровується, а порошки залишаються. Це спричиняє значне охолодження, а також висушування тканин.

**Пасту** – це суміші порошків і жирів у рівних кількостях. Паста просочує поверхневий роговий шар шкіри, змащують ділянку шкіри і зверху припудрюють.

**Мазі** – це лікарські речовини на жировій основі. Вони створюють на шкірі суцільний непромокаючий шар. Ліки, що входять до складу мазі, проникають у шкіру глибше, ніж пасту.

**Пластур** справляє ще сильнішу дію, ніж мазь. Застосовують його для розсмоктування глибоких обмежених ущільнень шкіри. Накладають пластур на 2-4 дні.

**Інгаляції** – це введення лікарських препаратів у вигляді аерозолей (високо – та низькодисперсні) в дихальні шляхи. Інгаляції застосовують при гострих і хронічних захворюваннях слизової оболонки носа, глотки, гортані, трахеї та бронхів, які супроводжуються утворенням великої кількості густого мокротиння, яке важко відкашлювати.

**Уведення крапель в очі.**

**Закладання мазі за повіки.**

**Уведення крапель у вуха та ніс.**

### **Ентеральне введення лікарських препаратів.**

(через рот, під язик, в пряму кишку)

Цей метод найбільш поширений, простий і зручний. Недоліками є: неповне всмоктування ліків у травному каналі, часткове руйнування їх травними ферментами та інактивація в печінці, що не дає змоги точно визначити концентрацію ліків в крові.

Ліки для внутрішнього вживання відпускають як у твердому (порошки, таблетки, облатки), так і в рідкому (краплі, мікстури, настої) вигляді.

Деякі лікувальні препарати всмоктуються слизовою оболонкою порожнини рота. Багате кровопостачання слизової оболонки рота забезпечує швидке (через 1-2 хв.) і повне всмоктування ліків у кров, обминаючи печінку й уникаючи руйнівної дії травних ферментів. Найчастіше сублінгвально застосовують серцеві препарати.

Окремі лікувальні препарати вводять через пряму кишку. Всмоктуючись у кров через гемороїдальні вени (обминаючи печінку), вони діють на весь організм. Проте лікувальні препарати білкової, жирової і полісахаридної природи через відсутність ферментів у прямій кишці не можуть пройти через її стінку і діють тільки місцево.

У пряму кишку вводять свічки та лікувальні клізми.

**Парентеральне введення ліків** – це введення ліків шляхом ін'єкцій. Ін'єкції бувають внутрішньошкірні, підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні, внутрішньоартеріальні. Шляхом ін'єкцій ліки можна вводити в плевральну або черевну порожнину, в серце, порожнину суглобів, спинномозковий канал.

При такому способі введення ліки потрапляють у кров обминаючи печінку та уникаючи дії травних ферментів. Це забезпечує швидку дію препаратів і можливість точного їх дозування.

#### **Питання для самоконтролю:**

1. Які особливості виписування і отримання ліків в стаціонарі?
2. Назвати ліки списку А і Б.
3. Особливості зберігання ліків у відділенні.
4. Назвати особливості зберігання, обліку і витрат наркотичних анальгетиків (Наказ № 356).
5. Правила роздачі та прийому ліків. Право пацієнта на інформацію.
6. Назвати лікувальний вплив препаратів за механізмом терапевтичної дії та місцем дії.
7. Назвати шляхи та способи введення лікарських препаратів в організм.
8. Назвати ліки, які відносяться до зовнішнього та внутрішнього застосування.
9. Назвати переваги та недоліки зовнішнього та внутрішнього способів введення ліків в організм.
10. Назвати спосіб парентерального введення ліків в організм.

#### **Домашнє завдання:**

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринста”, стор. 566-609.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”, стор. 160-170.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”, стор. 374-378.
4. М.Г.Шевчук „Сестринська справа”, Київ Здоров'я стор. 185-200.

#### **Тема: Участь м/с в лабораторних та інструментальних методах дослідження. ЛЕКЦІЯ №5**

Лабораторні та інструментальні методи дослідження мають велике діагностичне значення. Навчання пацієнтів правилам підготовки до досліджень входить в обов'язки медичних сестер. Від підготовки пацієнта залежить не тільки успішне проведення дослідження і точність результату, але і результат лікування. Сестринський персонал повинен добре знати правила підготовки до лабораторних та інструментальних досліджень, уміти поінформувати пацієнта і простежити за точністю виконання.

#### **План**

1. Терміни і поняття.
2. Графологічна схема до лабораторного дослідження мокротиння.
3. Графологічна схема до рентгенологічних досліджень.
4. Графологічна схема до ендоскопічних досліджень.

#### **Термінологічний словник:**

**Асцит** — накопичення рідини в черевній порожнині.

**Абдомінальна пункція** — проколювання черевної стінки з лікувальною метою.

**Поперекова пункція** — синно-мозкова пункція у поперековому відділі з діагностичною та лікувальною метою.

**Плевральна пункція** — проколювання грудної клітки і плеври з діагностичною та лікувальною метою.

**Бронхоскопія** — ендоскопічні дослідження бронхів.

**Колонскопія** — ендоскопічне дослідження прямої кишки.

**Рентгенографія** — метод рентгенологічного дослідження, який полягає в отриманні на спеціальній плівці знімка з тінювим зображенням досліджуваного органа або частини тіла рентгенівського випромінювання.

**Ректороманоскопія** — ендоскопічне дослідження прямої та сигмоподібної кишок.

**Стернальна пункція** - проколювання груднини з діагностичною метою.

**Урографія** — рентгенологічне дослідження нирок і сечових шляхів.

**Холеграфія** — рентгенологічне дослідження внутрішньопечінкових проток.

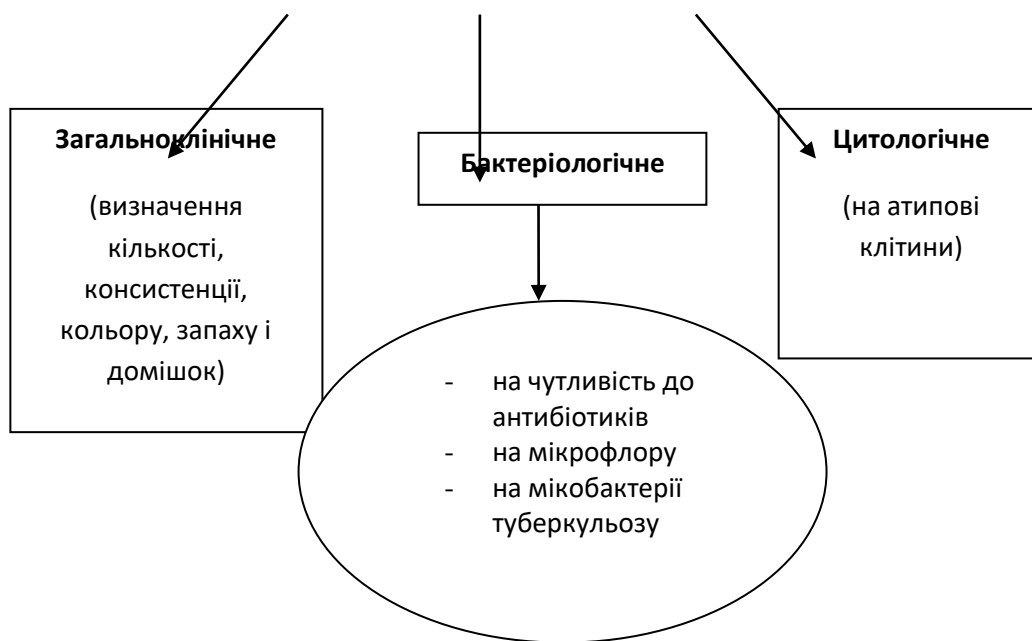
**Холецистографія** — рентгенологічне дослідження жовчних проток і жовчного міхура.

**Цистоскопія** — ендоскопічне дослідження сечового міхура.

**Ендоскопія** — метод візуального дослідження порожнин організму за допомогою оптичних приладів, оснащених освітлювальними пристроями.

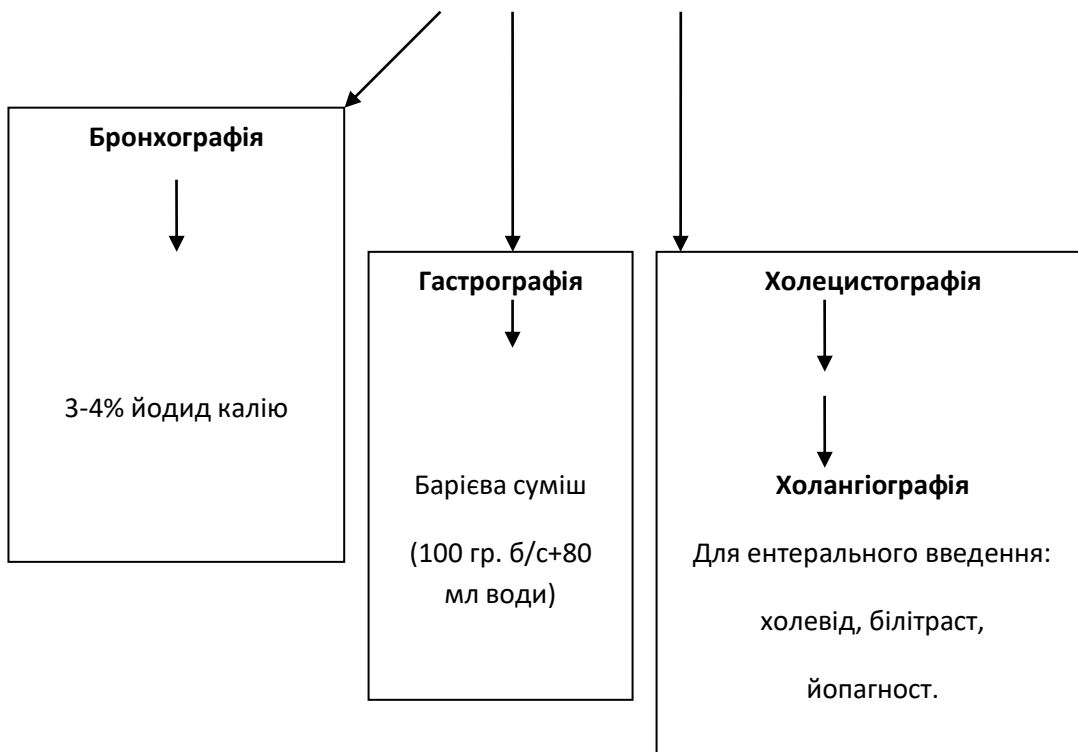
2.

### Лабораторне дослідження мокротиння

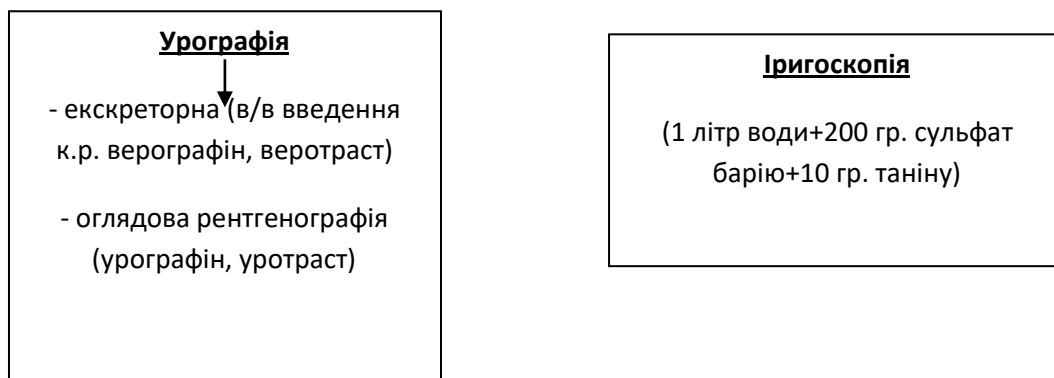


3.

### Рентгенологічне дослідження



### Рентгенологічне дослідження



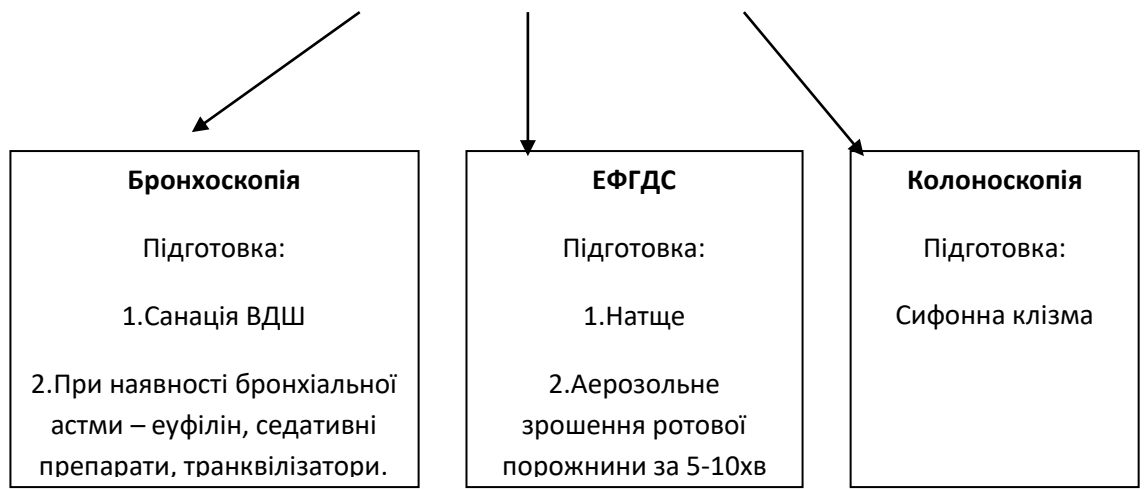

---

### Проба на чутливість до йодовмісних препаратів – внутрішньовенно!

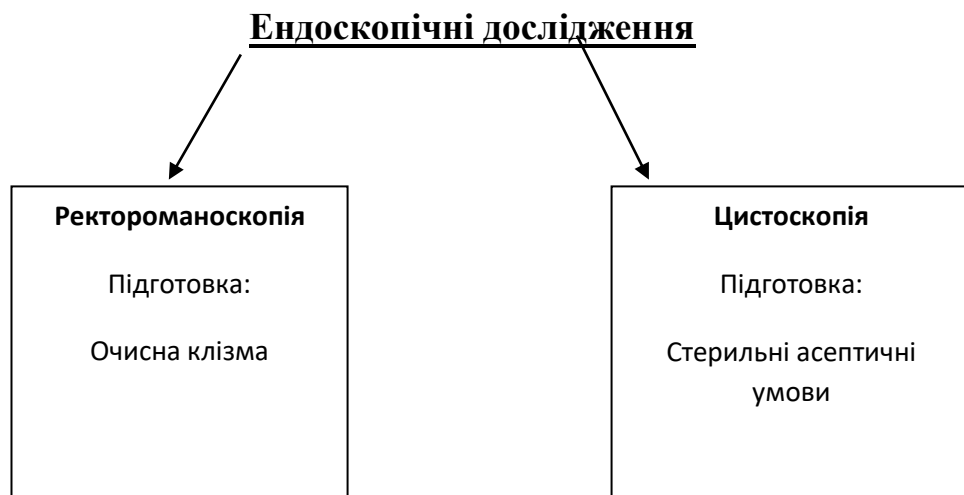
При явних ознаках йодизму (алергічна реакція) – відміняється в/в введення препарату.

4.

### Ендоскопічні дослідження



**Премедикація:** 0,1% - 0,5мл атропіну сульфат; 1% - 1 мл промедолу; 50% - 2мл анальгіну; 1% - 1мл димедролу; 0,2% - 1мл платифіліну гідротартрату.



## ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мазок із зіву робиться всім хворим на ангіну і при підозрі на дифтерію.

*Мазок із зіву на флору та чутливість до антибіотику:*

*Необхідно надіти:*

1. Окуляри
2. Маску
3. Фартух
4. Рукавички

Оснащення: приготувати не менше двох пробірок (стерильних), які беруться в бак-лабораторії, стерильний шпатель.

Пацієнта садимо обличчям до світла, беру пробірку лівою рукою і шпатель, натискаю на корінь язика і витираю дротинкою стінки.

Прожарить пробірку, шпатель відправити на дезінфекцію.

## НАПРАВЛЕННЯ НА АНАЛІЗИ

1. Назва дослідження
2. ПІБ, вік
3. Відділення
4. Дата
5. Підпис медсестри

Наклеюємо папірець на ємкість, або робимо підпис і реєструємо до журналу.

Слойки для аналізів готує нічна постова медсестра.

Промити баночку 2 рази миючим розчином і промити під проточною водою, просушити на рушнику перевернутими. Наклеюю на кожен баночку направлення.

### **ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ**

Обов'язково гігієнічний туалет перед взяттям сечі. Збирається вся сеча ранішня. Визначається фізичні та хімічні властивості сечі.

Фізичні: кількість, колір, прозорість, питома вага(1003-1030), рН сечі, запах ацетону.

У тяжкохворого пацієнта сеча збирається спочатку у стерильне судно і переливається у контейнер.

Хімічні – ацетон, лейкоцити, еритроцити n-2 1-3 в полі зору

(n-e) у жінок не повинно бути, а у чоловіків до 1-2

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО ЗИМНИЦЬКОМУ**

Сеча збирається протягом доби, кожні три години, включаючи нічний час, в окремі ємності(всього – вісім порцій сечі), на які наклеюються етикетки з вказівкою номера і інтервалу часу, коли була отримана ця порція. Перед початком збору сечі в 6: 00 ранку необхідно випорожнити сечовий міхур(цю сечу виливають). Збір сечі починають після 6: 00 ранку і проводять кожні три години, остання порція – в 6:00 наступного дня:

I порція – з 6: 00 до 9: 00;

II порція – з 9: 00 до 12: 00;

III порція – з 12: 00 до 15: 00;

IV порція – з 15: 00 до 18: 00;

V порція – з 18: 00 до 21: 00;

VI порція – з 21: 00 до 24: 00;

VII порція – з 24: 00 до 3: 00;

VIII порція – з 3: 00 до 6: 00.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО НЕЧИПОРЕНКО**

1. Обов'язковий гігієнічний туалет

2. Сечі достатньо 3-5 мл

3. Збирається для уточнення лейкоцитурії.

Якщо 8-10 лейкоцитів, то ми повинні перевірити.

Виявляємо формені елементи.

Беремо середню порцію сечі.

Пацієнт мочиться в судно, а потім підставляємо ємність і наливаємо в пробірку.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО АДДС-КАКОВСЬКОМУ**

Гігієнічний туалет

Збирається за 10 нічних годин.

В 22:00 пацієнт мочиться в унітаз → туалет гігієнічний запропонувати пацієнту утримуватись від сечовипорожнення до 8:00.

У 8:00 збирають сечу всю.

Якщо пацієнт не може утримувати сечу, даємо додаткову ємність, в яку капаємо 4-5 крапель формальдегіду, для того щоб кристали не кристалізувались (щоб запобігти розпаду формених елементів)

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО АМБУРЖЕ**

1. Гігієнічний туалет

2. Сеча збирається за 3 години

3. О 6:00 пацієнт опорожнює сечовий міхур (ця сеча не враховується); о 9:00 збирає сечу

4. Знаходимо лейкоцитурію за 1хв

Циліндри 1-2тисячі

Обов'язкове підмивання.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ НА ФЕНІЛКЕТОНУРІЮ**

Робиться в пологовому будинку.

Капається розчин ферум-хлор (FCI3) на змоченою сечею пелюшку.

При позитивній реакції з'являється синьо-зелена пляма, яка говорить про патологію дитини.

### **СЕЧА НА АМІЛАЗУ (ДІАСТАЗУ)**

Для визначення роботи підшлункової залози. З судна переливається в чистий контейнер 50мл ще теплої сечі і відносять в лабораторію.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ НА ГЛЮКОЗУ**

Можна визначити з добового аналізу сечі. Збовтати сечу, відлити 200-250 мл сечі, але в направленні написати : «сеча з добового діурезу» (кількість сечі за добу 2-3літри).

### **ФРАКЦІЙНИЙ СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ НА ГЛЮКОЗУ**

В 6:00 пацієнт опорожнює сечовий міхур, а далі ми збираємо сечу в першу ємкість з 6:00 до 14:00

Друга порція сечі з 14:00 до 22:00

Третя порція сечі з 22:00 до 6:00 ранку наступного дня.

### **КАЛ**

Яйця гельмінтів(глистів).

Збирається з 3-5 точок по вертикалі і горизонталі дерев'яним шпателем 3-5грам.

Якщо пацієнт приймає протигельмінтні препарати, збирається весь кал.

### **КОПРОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Збирається для визначення функціональної, перетравлювальної здатності кишківника. Знаходяться волокна, жири, кишкова паличка.

### **АНАЛІЗ КАЛУ НА РЕАКЦІЮ ГРЕГЕРСЕНА(прихована кров)**

Пацієнта готуємо протягом 3х днів – не вживає м'яса, рибу, яйця, буряк, гречану кашу, томати, яблука, гранати, сік.

При позитивній реакції отримується синє забарвлення реактиву.

### **АНАЛІЗ КАЛУ НА ДЕЗГРУПУ**

В бак-лабораторії береться стерильна пробірка з металевою петлею. Вводиться в пряму кишку на глибину 8-10 см.

Повертальними рухами виймається назад.

### **СОСКОБ НА ЕНТЕРОБІОЗ**

Ватний тампон змочуємо у фізрозчині і після сну обтираємо складки ануса. Цей тампон кладемо в стерильну ємкість.

## **ІНСТРУМЕНАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕКЦІЯ №6**



## **Рентгенологічні і ендоскопічні**

Всі дослідження рентгенологічні та ендоскопічні потребують спеціальної підготовки. Це трьох добова без шлакова дієта. Не можна вживати фруктів, овочів, бобових, солодкого молока, чорного хліба, виноград. Обов'язково дві очисні клізми на передодні о 20:00-22:00 і зранку за дві години до обстеження.

Ендоскоп – це те що я бачу.

### **Рентгенологічні дослідження**

Бронхографія – ввести контрастну рідину, таблетки. Пацієнт приходить на дослідження не снідавши, випиває таблетку.

Фіброгастродуоденоскопія (дослідження шлунку, 12-ти палої кишки)

Особливої підготовки не потребує. Пацієнта готуємо психологічно: не можна курити, вживати алкоголь, і на голодний шлунок приходити на обстеження. Вставні щелепи виймаються, робиться місцева анестезія дікаїну (лідокаїну), на лівому боці в лежачому положенні з зігнутими ногами вводиться гастроскоп.

### **Рентгенологічне дослідження шлунку**

Без шлакова дієта 3 дні, клізма

На голодний шлунок пацієнт випиває 200-300 мл барієвої суміші.

Медсестра повинна дізнатись чи був у пацієнта стул.

### **Дослідження товстого кишківника**

**КОЛОНОСКОПІЯ**- обстеження всіх відділів товстого кишечника.

Без шлакова дієта, 2 клізми.

Ми даємо пацієнту 50 мл касторової олії після сніданку.

Тоді вводиться колоноскоп, пацієнт лежить на лівому боці.

Ускладнення: кровотечі, перфорація, травмування кишечника.

**ІРИГОСКОПІЯ** – (рентгенологічне дослідження за допомогою контрастної суміші)

Без шлакова дієта, клізма

Через ендоскоп вводиться барієва суміш. Треба слідкувати за фізичними відправленнями пацієнта.

### **РЕКТОРОМАНОСКОПІЯ**

Без шлакова дієта

Клізми ввечері

Вранці гігієнічний туалет

Перед виконанням процедури пацієнт повинен помочитися. Процедура проводиться в колінно-ліктьовому положенні.

### **ЦИСТОСКОПІЯ** – дослідження сечового міхура

Перед обстеження пацієнт мочиться, через катетер вводиться контрастна рідина.

### **ЕКСКРЕТОРНА УРОГРАФІЯ (обстеження нирок)**

Без шлакова дієта, клізми

За 12 год до обстеження провести тест контроль на контрастну речовину.

Верографін або урографін із тест ампули вводиться 2мл речовини внутрішньовенно. Наступного дня вводимо урографін перед процедурою.

Пацієнт приходить, де йому роблять обзорну урографію. Якщо кишечник недостатньо вимитий, робиться доповнюючі клізма, але не менше як за 40 хв до обстеження. Ставиться газовивідна трубка. Вводимо 20-60 мл верографіна

### **ХОЛЕЦИСТОГРАФІЯ**- жовчний міхур

Сніданок такий як завжди, в обід лише перша страва

Вечеря не пізніше 18:00: або 100 гр сметани, 2 сирих яйця, 1 стакан солодкого чаю.

Даємо таблетки протягом 1 год, по 2 шт через 10 хв. Таблетки : холевід, білі траст білігност.

На голодний шлунок приходять на обстеження.