



ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Н А К А З

від 02.09, 2022 року

№ 757/1

Львів

**Про затвердження Тимчасових стандартів
роботи сестер медичних закладів охорони
здоров'я Львівської області**

З метою удосконалення роботи сестер медичних та якості надання сестринського догляду у закладах охорони здоров'я Львівської області, -

наказую:

1. Затвердити Тимчасові стандарти роботи сестер медичних закладів охорони здоров'я Львівської області, що додаються.

2. Начальникам управління охорони здоров'я Львівської міської ради, відділу охорони здоров'я виконкому Дрогобицької міської ради, керівникам ЗОЗ міст та районів області, ЦПМСД, медичних закладів територіальних громад опрацювати та впровадити в роботу Тимчасові стандарти роботи сестер медичних закладів охорони здоров'я Львівської області з 15.10.2022 року.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника директора департаменту - начальника управління медичної допомоги, стратегічного розвитку та комунікації Володимира ЧОРНІЯ.

Директор

Орест Чемерис

Крук
Галапац

Авторський колектив:

Андрій Базилевич	доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, президент Світова Федерація Українських лікарських товариств (СФУЛТ)
Наталія Галапац	заступник медичного директора з медсестринства КНП "Жовківська лікарня", позаштатний спеціаліст департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА з медсестринства, віце-президент громадської організації "Львівська обласна асоціація медичних сестер", магістр за спеціальностями "Сестринська справа", "Публічне управління та адміністрування"
Людмила Гера	завідувач навчально-тренувального відділу КНП ЛОР Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф"
Ірина Ометюх	головна медична сестра ВП "4-а Лікарня" КНП "Львівське ТМО 2", експерт УОЗ м. Львова з медсестринства, голова Асоціації сестер медичних м. Львова, магістр із спеціальностей "Сестринська справа" та "Менеджмент"
Рецензенти:	
Світлана Крук	головний спеціаліст відділу післядипломної освіти та організаційного забезпечення управління організаційно-фінансового забезпечення департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА, магістр із спеціальності "Публічне управління та адміністрування"
Ірина Шевчук	президент громадської організації "Львівська обласна асоціація медичних сестер", викладачка Львівського медичного фахового коледжу післядипломної освіти, магістр медсестринства
Леся Лань	заступник директора КНП ЛОР "Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня" з медсестринства, магістр медсестринства

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
Розділ I. КВАЛІФІКАЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. ГОЛОВНА МЕДИЧНА СЕСТРА.....	8
1.2. СЕСТРА МЕДИЧНА – КООРДИНАТОР	9
1.3. СЕСТРА МЕДИЧНА СТАРША.....	10
1.4. СЕСТРА МЕДИЧНА.....	12
1.5. СЕСТРА МЕДИЧНА СТАЦІОНАРУ.....	13
1.6. СЕСТРА МЕДИЧНА ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ	15
1.7. СЕСТРА МЕДИЧНА-АНЕСТЕЗИСТ	16
1.8. СЕСТРА МЕДИЧНА ОПЕРАЦІЙНА.....	18
1.9. СЕСТРА МЕДИЧНА ПОЛІКЛІНІКИ	20
1.10. СЕСТРА МЕДИЧНА ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ	21
1.11. СЕСТРА МЕДИЧНА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	23
Розділ II. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ	26
2.1. ОСНОВНІ СКЛАДОВІ ЗАГАЛЬНОГО СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ.....	26
2.1.1. Дотримання правил лікувально-охоронного режиму у відділенні, забезпечення фізичного і психічного спокою пацієнтів	26
2.1.2. Дотримання правил особистої гігієни пацієнтів	29
2.1.3. Контроль за харчуванням пацієнтів	30
2.1.3.1. Порядок організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я.....	30
2.1.3.2. Інструкція з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я.....	34
2.1.3.3. Організація харчування в залежності від стану пацієнта	36
2.1.3.4. Контроль за передачею продуктів харчування від відвідувачів	39
2.1.4. Спостереження за пацієнтами	40
2.1.4.1. Сестринське обстеження пацієнта	40
2.1.4.2. Послідовність спостереження	41
2.1.5. Виконання маніпуляцій і процедур пацієнтам згідно призначення лікаря.	44
2.1.5.1. Використання лікарських засобів.	44
2.1.6. Підготовка пацієнтів до лабораторних та інструментальних досліджень.....	45
2.1.6.1. Правила підготовки пацієнтів до здачі аналізів крові	46
2.1.6.2. Правила підготовки пацієнтів для дослідження сечі	48
2.1.6.4. Правила підготовки пацієнтів для дослідження мокротиння.....	48
2.1.6.5. Як правильно здавати інші аналізи	49
2.2. СПЕЦІАЛЬНИЙ СЕСТРИНСЬКИЙ ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ.....	49
2.2.1. Сестринський догляд за пацієнтами у післяопераційний період.....	49

2.2.2. Сестринський догляд за пацієнтами з м'якими пов'язками.....	54
2.2.3. Сестринський догляд за пацієнтами з гіпсовою пов'язкою	54
2.2.4. Сестринський догляд за паліативними пацієнтами.....	56
2.2.5. Дії сестри медичної при настанні смерті хворого	58
2.3. ЗАХОДИ ТА ЗАСОБИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФІКУВАННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ.....	60
Розділ III. БАЗОВІ ЗАХОДИ ПОРЯТКУ ЖИТТЯ У ДОРОСЛОГО	61
3.1. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.....	61
3.2. БАЗОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ – КРОК ЗА КРОКОМ.....	61
3.2.1. Базові реанімаційні заходи.....	62
3.2.2. Автоматичний зовнішній дефібрилятор – АЗД.....	64
3.3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОЗНАК НЕОБХІДНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ	69
3.3.1. Як розпізнати зупинку серця	69
3.3.2. Попередження аварійних служб.....	70
3.3.3. Якісний непрямий масаж серця	71
3.3.4. Штучне дихання.....	72
3.3.5. Автоматизований зовнішній дефібрилятор-АЗД	72
3.3.6. Безпека	74
3.3.7. Шкода від СЛР для постраждалих, у яких не виявлено зупинки серця	75
3.4. ОБСТРУКЦІЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ СТОРОННІМ ТІЛОМ	75
Розділ IV. ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ	79
4.1. ВИМОГИ ДО ПРИМІЩЕНЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	79
4.2. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ПРИМІЩЕННЯХ ЗОЗ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	80
4.3. ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ВІДДІЛЕННЯХ (КАБІНЕТАХ) ЗОЗ.....	81
4.4. ПРОВЕДЕННЯ ВХІДНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ЗОЗ.....	81
4.5. ОБОВ'ЯЗКИ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН ТА ПРЕКУРСОРІВ:	84
4.6. ФАРМАКОНАГЛЯД У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	85
4.6.1.Обов'язки сестри медичної у системі фармаконагляду	85
Розділ V. КОМУНІКАТИВНІ ТА ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ДІЯЛЬНОСТІ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	87
5.1. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ НОРМИ.....	87
5.2. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ	89
5.3. КОРПОРАТИВНІ ПРАКТИКИ КОМУНІКАЦІЇ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ	89
5.3.1. Комунікації сестри медичної із керівництвом закладу	89
5.3.2. Взаємини з колегами	90

5.3.3. Взаємини з пацієнтами, їхніми рідними та відвідувачами закладу	91
5.3.3.1. Вітання і знайомство з пацієнтом	91
5.3.3.2. Бесіди з пацієнтом	92
5.3.4. Взаємини з пацієнтом поза межами медичного закладу.....	92
5.3.5. Етика поведінки медичних працівників у соціальних мережах.....	92
5.3.6. Розмови телефоном.....	93
5.3.7. Алгоритм консультування телефоном	93
5.4. ВИДИ КОНФЛІКТІВ ТА ЇХ НАСЛІДКИ.....	94
5.5. ВИМОГИ ДО ЗОВНІШНЬОГО ВИГЛЯДУ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ.....	95

Розділ VI. МЕТОДИ І ЗАСОБИ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ ТА ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ.....	97
6.1. ЗАВДАННЯ ТА ЗМІСТ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ	97
6.2. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	99
6.3. ФОРМИ ТА МЕТОДИ САНІТАРНОЇ ОСВІТИ.....	100
6.4. ЗМІСТ РОБОТИ ГІГІЄНИЧНОГО ВИХОВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	106
6.4.1. Зміст роботи гігієнічного виховання населення та пропаганди здорового способу життя в амбулаторно-поліклінічних закладах	107
6.4.1.1. Санітарна освіта на сімейно-територіальній дільниці.....	108
6.4.2. Зміст роботи із гігієнічного виховання пацієнтів в умовах стаціонару ...	110

ДОДАТКИ до Розділу VI.....	113
<i>Додаток 1.</i> Зразок річного плану Санітарно-просвітницької роботи	113
<i>Додаток 2.</i> Зразок Програми школи материнства для вагітних	114
<i>Додаток 3.</i> Зразок Програми школи для матерів, які мають дітей першого року життя	115
<i>Додаток 4</i> Зразок Програми школи для батьків, які мають дітей дошкільного віку	116
<i>Додаток 5.</i> Примірний перелік тем для гігієнічного виховання пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних закладах та стаціонарі.....	117
<i>Додаток 6.</i> Основні аспекти рівня знань медпрацівників для успішного проведення навчання пацієнтів.....	119

Розділ VII. КОНТРОЛЬ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	121
--	------------

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	126
--	------------

ВСТУП

Завдання медсестринської справи – навчити людей піклуватися про себе, задовольняти власні потреби, а якщо вони неспроможні до цього – допомогти їм.

Медсестринство пройшло шлях від неорганізованого піклування про хворих до науково обґрунтованого догляду. Це був рух від містичних вірувань у примітивні часи до сучасної ери високих технологій. У всі віки об'єктом медсестринської практики була хвора людина з її проблемами і лише в останні роки увагу звернено на потреби здорової особи.

Що таке потреби людини, і як вони змінюються у зв'язку з хворобою? Якою може бути реакція особи на зміну соціального, економічного та емоційного статусу? Як медична сестра може допомогти собі, родині, громаді у вирішенні проблем? Ці питання перебувають у центрі медсестринських теорій і становлять основу медсестринства.

Міжнародне визнання отримало визначення завдання медсестринської справи, що дала у своїй книзі "Основні принципи діяльності медичної сестри по догляду за пацієнтами" (1981) В. Хендерсон – американська медична сестра, викладач та дослідник: "Унікальним завданням медичної сестри є надання допомоги людині, хворій чи здоровій, у межах усього, що має відношення до здоров'я, видужання або спокійної смерті, того, що зробив би собі сам хворий, маючи необхідні сили, знання та волю. І робиться це таким чином, щоб пацієнт знову якнайшвидше став самостійним".

У 1987 р. у Новій Зеландії на Нараді національних представників Міжнародної ради медсестер прийняте таке формулювання сестринської справи: "Сестринська справа є складовою частиною системи охорони здоров'я і включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психосоціальної допомоги та догляду за особами, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатними усіх вікових груп. Така допомога надається медсестрами як у лікувальних, так і в інших установах, а також удома – всюди, де є в ній потреба.

Суть медсестринської справи полягає у медичному компетентному виявленні проблем пацієнта щодо його здоров'я та кваліфіко-

ваній допомозі в їх вирішенні чи, в крайньому разі, пом'якшенні їх гостроти.

Молодші спеціалісти з медичною освітою, бакалаври, магістри представляють найчисельнішу групу медичних працівників, що розглядається як цінний кадровий ресурс охорони здоров'я, що здатний забезпечити доступну, економічно ефективну медичну допомогу населенню. Найефективнішим способом організації і проведення медсестринської опіки, коли організовано та систематично визначаються проблеми пацієнта, розробляється та виконується план їх вирішення, оцінюється ефективність плану по відношенню та встановленню проблем – є медсестринський процес. Впровадження медсестринського процесу в практичну охорону здоров'я – це необхідна умова для створення науково-обґрунтованого професійного догляду за пацієнтом. Медсестринський процес, як універсальна технологія медсестринської справи, може і повинен використовуватись медсестрами у своїй повсякденній діяльності для своєчасного виявлення та усунення ризику розвитку захворювань, зменшення ускладнень, що дозволить підвищити якість життя пацієнта.

Нові технології в охороні здоров'я, нові методи діагностики і лікування, зростаючі вимоги до рівня медсестринської опіки – усе це викликає необхідність цілком іншого високого ступеня компетентності і кваліфікації медичної сестри.

Медична сестра повинна чітко уявляти обсяг, терміни опіки над пацієнтом, техніку виконання тої чи іншої процедури (маніпуляції), розподіл обов'язків між персоналом, – стандарт своєї діяльності. Даний збірник тимчасових стандартів медсестринської діяльності це спроба на основі доказової медицини використовувати світовий досвід та враховуючи особливості охорони здоров'я України створити можливість оцінювати і контролювати якість роботи медичної сестри, встановити якісний стандарт згідно з яким мають надаватись медичні послуги – що удосконалив діяльність медичних сестер в системі охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ І

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. ГОЛОВНА МЕДИЧНА СЕСТРА

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я.

Здійснює управлінську та представницьку діяльність. Бере участь в організації лікувально-профілактичної та адміністративно-господарської діяльності закладу. Організовує роботу з добору і розстановки молодших спеціалістів з медичною освітою та молодшого медичного персоналу. Забезпечує високу якість надання медичної допомоги шляхом раціональної організації праці молодших спеціалістів з медичною освітою і молодшого медичного персоналу закладу. Керує роботою підлеглого персоналу щодо виконання призначень лікарів, правил прийому і виписки хворих, догляду за пацієнтами. Розробляє і впроваджує заходи щодо підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою, а також спеціальної підготовки на робочих місцях молодших медичних сестер. Контролює своєчасне проходження атестації молодших спеціалістів з медичною освітою. Контролює облік, розподіл, витрати і зберігання матеріалів і медикаментів, у тому числі отруйних і наркотичних лікарських засобів. Створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту. Аналізує показники роботи молодших спеціалістів з медичною освітою закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання. Контролює дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму закладу. Дотримується правил медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність головної медичної сестри; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, методи обробки медичної статистичної інформації; охорону праці, техніку безпеки та правила протипожежного захисту; принципи проведення протиепідемічних заходів; правила оформлення медичної

документації за розділами своєї роботи; сучасні методи діагностики, надання долікарської допомоги при невідкладних станах; сучасні джерела медичної інформації, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги. Професійна освіта (молодший спеціаліст) або вища освіта (молодший бакалавр, бакалавр, магістр), галузь знань "Охорона здоров'я", спеціальність "Медсестринство", спеціалізації: "Сестринська справа", "Лікувальна справа", "Акушерська справа". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Стаж роботи за фахом не менше 5 років.

1.2. СЕСТРА МЕДИЧНА – КООРДИНАТОР

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я.

Вживає заходів щодо раціональної організації праці молодших спеціалістів з медичною освітою. Надає організаційно-методичну допомогу в роботі медсестринської служби закладу охорони здоров'я, розробляє та проводить заходи з підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою і молодшого медичного персоналу: навчання на робочому місці, в інших структурних підрозділах закладів охорони здоров'я. Проводить підготовку молодших спеціалістів з медичною освітою до атестації. Здійснює організаційні заходи щодо проведення практичного навчання студентів медичних коледжів, училищ та інститутів медсестринства. Організовує конференції для молодших спеціалістів з медичною освітою. Бере участь в організації та проведенні занять у відділеннях закладу. Надає методичну допомогу закладу у проведенні санітарно-освітньої роботи з медичним персоналом, пацієнтами та їх родинами. Керує науково-дослідницькою роботою з фахових проблем в медсестринстві. Бере участь у реалізації комплексних планів розвитку та вдосконалення медсестринської служби закладу. Постійно підвищує свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної-координатора; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації молодших спеціалістів з медичною освітою; перспективи, вітчизняні і світові тенденції розвитку галузі, досягнення медичної та медсестринської наук і технологій відповідно до напрямку діяльності закладу; сучасні медсестринські методи управління; органі-

зацію наукової, навчально-методичної роботи; методи обробки медичної статистичної інформації; принципи проведення протиепідемічних заходів; надання долікарської допомоги при невідкладних станах; сучасні джерела медичної інформації, методи її аналізу та узагальнення; охорону праці, техніку безпеки та правила протипожежного захисту; правила ділового етикету; основи діловодства.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична-координатор вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (бакалавр, магістр), галузь знань "Охорона здоров'я", спеціальність "Медсестринство". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо).

Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична-координатор I кваліфікаційної категорії: вища освіта (бакалавр, магістр), галузь знань "Охорона здоров'я", спеціальність "Медсестринство". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична-координатор II кваліфікаційної категорії: вища освіта (бакалавр, магістр), галузь знань "Охорона здоров'я", спеціальність "Медсестринство". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична-координатор: вища освіта (бакалавр, магістр), галузь знань "Охорона здоров'я", спеціальність "Медсестринство". Без вимог до стажу роботи.

1.3. СЕСТРА МЕДИЧНА СТАРША

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Керує роботою середнього та молодшого медичного персоналу відділення. Розробляє та затверджує графік роботи медсестер структурного підрозділу, здійснює належну розстановку та використання кадрів, організовує їх працю. Забезпечує кваліфікований догляд за хворими в закладі охорони здоров'я. Організовує долікарську медичну допомогу. Контролює роботу медичного персоналу щодо виконання призначень лікарів. Розробляє та впроваджує заходи щодо підвищення кваліфікації

середнього і молодшого медичного персоналу. Несе відповідальність за витрати лікарських засобів у відділенні, їх облік, зберігання і використання. Забезпечує збереження медичного обладнання інструментарію та їх правильне використання. Здійснює контроль за виконанням правил внутрішнього розпорядку, безпеки та протипожежних правил. Забезпечує санітарно-гігієнічний стан відділення. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної старшої; нормальну та патологічну анатомію та фізіологію людини; сучасні методи лабораторного рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового дослідження, обстеження, лікування хворих; особливості спостереження і догляду за хворими; фармакологічну дію найбільш поширених медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методика введення; методи асептики та антисептики; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила оформлення медичної документації; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична старша вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Організація охорони здоров'я". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична старша I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Організація охорони здоров'я". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична старша II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа",

"Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Організація охорони здоров'я". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична старша: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Організація охорони здоров'я". Стаж роботи за фахом не менше 3 років.

1.4. СЕСТРА МЕДИЧНА

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Здійснює професійну діяльність під керівництвом лікаря. Проводить прості діагностичні, лікувальні і фізіотерапевтичні процедури. Застосовує лікарські засоби для зовнішнього, ентерального і парентерального введення в організм пацієнта. Готує хворих до лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження. Складає добові меню та виписує порційні вимоги, годує тяжкохворих. Виконує санітарну обробку хворого, готує і застосовує дезінфекційні розчини. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної; нормальну та патологічну анатомію та фізіологію людини; сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження, лікування хворих; особливості спостереження і догляду за хворими в гарячці, з порушеннями стану органів дихання, кровообігу, травлення, сечових органів тощо; маніпуляції у відповідності з профілем роботи; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; методики дезінфекції та стерилізації інструментарію та перев'язувальних засобів; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; основні принципи лікувального харчування; правила безпеки під час роботи з

медичним інструментарієм та обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

1.5. СЕСТРА МЕДИЧНА СТАЦІОНАРУ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Готує хворих до інструментальних методів обстеження. Виконує забір, зберігання, доставку матеріалу для лабораторних досліджень. Забезпечує медичний догляд за хворими. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні,

кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань щодо профілактики захворювань та їх ускладнень. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної стаціонару; організацію роботи стаціонару; основи загальномедичних і клінічних дисциплін; правила догляду за хворими; тактику при виявленні хворого, підозрілого на особливо небезпечні інфекції; правила виписування та зберігання лікарських речовин; фармакологічну дію найбільш поширених медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методу введення; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична стаціонару вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична стаціонару I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична стаціонару II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична стаціонару: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

1.6. СЕСТРА МЕДИЧНА ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Забезпечує медичний догляд за хворими дітьми. Наглядає за годуванням дітей. Проводить профілактичні заходи, спрямовані на запобігання захворювань та своєчасне їх виявлення. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Володіє методами асептики та антисептики. Веде медичну документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної дитячого стаціонару; організацію роботи дитячого стаціонару (пологового будинку); анатомо-фізіологічні особливості дитячого віку; нервово-психічний та фізичний розвиток дітей; основи психології здорової та хворої дитини; основи загальномедичних і клінічних дисциплін; клініку найбільш поширених дитячих захворювань; правила догляду за хворими дітьми та новонародженими; особливості догляду за недоношеними дітьми та дітьми із групи ризику; принципи раціонального вигодовування; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; основні принципи проведення санітарно-профілактичної роботи з дітьми та батьками; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична дитячого стаціонару вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична дитячого стаціонару I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична дитячого стаціонару II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична дитячого стаціонару: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

1.7. СЕСТРА МЕДИЧНА-АНЕСТЕЗИСТ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Здійснює професійну діяльність під керівництвом лікаря або самостійно. Готує до роботи приладдя та відповідну апаратуру. Проводить передстерилізаційну обробку анестезіологічного інструментарію та апаратури. Проводить підготовку хворого до наркозу. Спостерігає за діяльністю серця, мозку, диханням, температурою під час операції. Здійснює спостереження та догляд за хворими в ранньому післяопе-

раційному періоді. Веде документацію при проведенні знеболювання. Володіє прийомами реанімації при гострій серцево-судинній, нирковій та печінковій недостатності, шоці, коматозних станах. Вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, механічній асфіксії, утопленні, електротравмі, отруєнні, опіках, відмороженні, алергічних станах. Забезпечує протиепідемічний режим у відділенні. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; організацію роботи в операційних відділеннях реанімації та інтенсивної терапії; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної-анестезиста; дію основних анестетиків; види наркозу (простий ефірний, ефірно-кисневий ендотрахеальний спосіб інгаляційного наркозу, внутрішньовенний тощо); техніку проведення наркозу; особливості анестезіологічного забезпечення при невідкладних хірургічних та акушерських операціях, операціях у дітей; підготовку хворих до проведення наркозу; клінічну та електрокардіологічну діагностику загрожуючих станів під час наркозу та післяопераційному періоді; основи серцево-легеневої реанімації; принципи реанімації та інтенсивної терапії при гострій серцево-судинній, нирковій та печінковій недостатності, шоці, коматозних станах; особливості реанімації та інтенсивної терапії в акушерстві, педіатрії; будову наркозних апаратів, інструментарій; особливості спостереження і догляду за хворими; фармакологічну дію найбільш поширених медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методику введення; основи асептики та антисептики; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила оформлення медичної документації; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична-анестезист вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Анестезіологія та реаніматологія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична-анестезист I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська

справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Анестезіологія та реаніматологія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична-анестезист II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Анестезіологія та реаніматологія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична-анестезист: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Анестезіологія та реаніматологія". Без вимог до стажу роботи.

1.8. СЕСТРА МЕДИЧНА ОПЕРАЦІЙНА

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Комплектує набори медичного інструментарію відповідно до виду операції. Готує та стерилізує шовний матеріал. Асистує під час складних інструментальних обстежень та лікувальних процедур. Проводить місцеву анестезію, внутрішньовенний наркоз, інфузійну терапію. Володіє різними медичними маніпуляціями (введення шлункового зонду, накладання штучного пневмотораксу тощо). Забезпечує догляд за дренажною системою, трахеостоמוю. Застосовує сучасну наркозо-дихальну апаратуру. Здійснює догляд за хворими після операції у палаті реанімації та інтенсивної терапії. Володіє методикою забору матеріалу для лабораторних досліджень. Несе відповідальність за витрати ліків в операційній. Володіє приййомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної опе-

раційної; обсяг хірургічного втручання під час операції; послідовність дій хірурга при проведенні операції; техніку проведення різних видів наркозу; перелік і призначення медичного інструментарію, методику його передстерилізаційної очистки і стерилізацію; підготовку до стерилізації перев'язувальних засобів; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; фармакологічну дію найбільш поширених медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методику введення; основи асептики та антисептики; особливості догляду за хворими в післяопераційному періоді; клінічну та електрокардіологічну діагностику загрозливих станів під час наркозу та в післяопераційному періоді; діагностику раптових ускладнень і першу допомогу при них; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична операційна вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Хірургія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за з фахом – понад 10 років.

Сестра медична операційна I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Хірургія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична операційна II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Хірургія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична операційна: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за фахом "Хірургія". Без вимог до стажу роботи.

1.9. СЕСТРА МЕДИЧНА ПОЛІКЛІНІКИ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Асистує лікарю під час проведення амбулаторних операцій. Виконує забір, зберігання, доставку матеріалу для лабораторних досліджень. Здійснює медичний догляд за хворими в амбулаторно-поліклінічному закладі і вдома. Володіє методами проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекції. Проводить профілактичні щеплення. Веде облік диспансерних хворих. Володіє прийомами реанімації, вмє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Володіє методами асептики та антисептики. Веде медичну документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної поліклініки; організацію роботи амбулаторно-поліклінічних закладів; основи загальномедичних і клінічних дисциплін; правила догляду за хворими; основи диспансеризації населення; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; методики дезінфекції та стерилізації інструментарію та перев'язувальних засобів; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; основні принципи лікувального харчування; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична поліклініки вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична поліклініки I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична поліклініки II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність і посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична поліклініки: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

1.10. СЕСТРА МЕДИЧНА ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Асистує лікарю під час проведення амбулаторних операцій. Виконує забір, зберігання, доставку матеріалу для лабораторних досліджень. Здійснює медичний догляд за дітьми в амбулаторно-поліклінічному закладі і вдома. Проводить протиепідемічні заходи в осередку інфекції. Проводить профілактичні щеплення. Веде облік диспансерних хворих. Володіє прийомами реанімації, вмє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної дитячої поліклініки; організацію роботи амбулаторно-поліклінічних закладів; принципи надання лікувально-профілактичної допомоги дітям в амбулаторних умовах та вдома; анатомо-фізіологічні особливості дитячого віку; нервово-психічний та фізичний розвиток дітей; основи психології здорової та хворої дитини; основи загальномедичних і клінічних дисциплін; клініку найбільш поширених дитячих захворювань; правила догляду за хворими дітьми та новонародженими; особливості догляду за недоношеними дітьми та дітьми із групи ризику; принципи раціонального вигодовування; методи загартування та фізичного виховання дітей; календар щеплень, правила їх проведення і протипоказання до них; основи диспансеризації; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; основні принципи проведення санітарно-профілактичної роботи з дітьми та батьками; методи роботи в соціально-неблагонадійних сім'ях; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги.

Сестра медична дитячої поліклініки вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 10 років.

Сестра медична дитячої поліклініки I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 7 років.

Сестра медична дитячої поліклініки II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалі-

зація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом – понад 5 років.

Сестра медична дитячої поліклініки: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

1.11. СЕСТРА МЕДИЧНА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, нормативними документами, які визначають діяльність органів і закладів охорони здоров'я та загальними питаннями організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Здійснює професійну діяльність спільно з лікарем загальної практики – сімейним лікарем. Надає долікарську медичну допомогу населенню. Знає основні показники якості надання медичної допомоги населенню та проводить кількісний і якісний аналіз своєї роботи. Планує профілактичну роботу з населенням, веде облік диспансерних хворих (дорослих і дітей). Проводить санітарно-освітню роботу з батьками і дітьми, надає консультативну допомогу сім'ям з питань: деонтології, планування сім'ї, гігієни, харчування, розвитку дітей, підготовки їх до дитячих дошкільних закладів, шкіл. Проводить за призначенням лікаря профілактичні щеплення, внутрішньосудинні, внутрішньом'язові, внутрішньошкірні та підшкірні ін'єкції. Асистує лікарю під час малих операцій; доглядає за післяопераційними хворими, здійснює спостереження за дренажем, трахеостоמוю. Вимірює гостроту зору, внутрішньоочний тиск; знімає електрокардіограму; видаляє сірчану пробку; проводить промивання шлунка, сечового міхура м'яким катетером, застосовує газовивідну трубку. Проводить онкологічний профогляд. Застосовує сучасні методи обстеження вагітних, спостерігає за жінками з нормальним перебігом вагітності; спостерігає за породіллями, новонародженими. Забезпечує паліативну допомогу важкохворим. Проводить забір матеріалу для клініко-лабораторних та бактеріологічних досліджень та проводить швидкі лабораторні тести. Інформує хворих з питань підготовки до різних видів обстеження. Проводить профілактичні та протиепідемічні заходи в осередку інфекції.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони

здоров'я з надання первинної медичної допомоги, основи соціальної гігієни, організації охорони здоров'я, медичної психології, та економіки; основи загальнотеоретичних дисциплін в обсязі, необхідному для вирішення професійних завдань; анатоמו-фізіологічні та психологічні особливості дорослих, дітей та осіб старшого віку; особливості розвитку дітей та підлітків; сучасну кваліфікацію хвороб; фактори ризику виникнення та перебіг найбільш поширених захворювань, залежно від статі та віку, медико-технологічні документи на основі доказової медицини для надання первинної медичної допомоги; методи профілактики, діагностики та лікування цих захворювань у дорослих та дітей; основи медичної генетики; питання асептики та антисептики; методи протиепідемічного захисту населення; організацію та надання невідкладної медичної допомоги; методи та принципи немедикаментозного лікування та профілактики; основи медичної, професійної, соціальної та психологічної реабілітації; основи медичної інформатики; форми і методи санітарно-освітньої роботи; правила оформлення медичної документації; сучасні джерела медичної інформації, методи її аналізу та узагальнення; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної загальної практики – сімейної медицини та організацію роботи в закладах охорони здоров'я первинного рівня, організацію санітарно-протиепідемічної роботи в соціально-неблагополучних сім'ях; принципи раціонального вигодовування, загартовування, фізичного виховання і догляду за доношеними і недоношеними дітьми; календар профілактичних щеплень, протипоказання до них; заходи з паліативної медицини, психологічної допомоги хворим та їх родичам; основи етіології, клініки, діагностики та лікування найпоширеніших нозологічних форм, дієтотерапії, десмургії, транспортної іммобілізації; першу медичну допомогу при загрозливих для життя людини станах; особливості спостереження та догляду за хворими залежно від патології; фармакологічну дію розповсюджених медичних препаратів, їх сумісність, дозування, техніку та шляхи введення, можливі ускладнення; основи асептики та антисептики, методи обробки використаного оснащення та відпрацьованого матеріалу, протиепідемічні заходи при гострих інфекційних кишкових захворюваннях, вірусному гепатиті, туберкульозі, СНІДі тощо; основи експертизи тимчасової неприацездатності, диспансеризації населення; обліково-звітну документацію за розділами своєї роботи; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги:

Сестра медична загальної практики – сімейної медицини вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст), або базова вища освіта (бакалавр), або повна вища освіта (магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа",

"Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Сестра медична загальної практики – сімейної медицини I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років. Або повна вища освіта (магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа". Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Без вимог до стажу роботи.

Сестра медична загальної практики – сімейної медицини II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Сестра медична загальної практики – сімейної медицини: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Сестринська справа", "Лікувальна справа" або "Акушерська справа". Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

РОЗДІЛ II

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

Суть медсестринської справи полягає у медичному компетентному виявленні проблем пацієнта щодо його здоров'я та кваліфікованій допомозі в їх вирішенні чи, в крайньому разі, пом'якшенні їх гостроти.

Догляд – комплекс заходів, спрямованих на підтримку та/або відновлення сил та/або допомогу у самообслуговуванні пацієнта / дитини (далі – пацієнт) і створення для нього умов, що сприяють швидкому одужанню, попередженню і профілактиці ускладнень захворювання, в тому числі інфікування. Він включає в себе медичні процедури і маніпуляції, підтримку належного гігієнічного стану пацієнта, піклування про чистоту постілі та одягу, організацію харчування пацієнта, надання йому допомоги при прийомі їжі, при туалеті, при різних хворобливих станах, розладах, що виникають у перебігу хвороби (наприклад, блювання, затримка сечі, газів, задишка, епілептичні напади).

Зона догляду пацієнта – зона в радіусі одного метра навколо пацієнта.

Пацієнти – особи, в тому числі діти, за якими проводиться догляд в процесі отримання медичної допомоги.

Точка догляду – місце, де наявні три елементи: пацієнт, працівник та догляд.

Примітка: визначення дані згідно наказу МОЗ України № 1777 від 03.08.2020 р. "Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами".

2.1. ОСНОВНІ СКЛАДОВІ ЗАГАЛЬНОГО СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

Мета догляду – надати допомогу хворому в задоволенні його основних потреб.

Головний принцип догляду – це повага до особи хворого, сприйняття його таким, яким він є.

2.1.1. Дотримання правил лікувально-охоронного режиму у відділенні, забезпечення фізичного і психічного спокою пацієнтів

Лікувально-охоронний режим – це система лікувальних та профілактичних заходів, які усувають або обмежують несприятливий вплив подразників, що можуть зустрітися в умовах лікарні, оберігають пси-

хіку хворого, позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню.

Лікувально-охоронний режим стаціонару включає наступні елементи:

- 1) забезпечення режиму, бережливості психіки хворого;
- 2) строге дотримання правил внутрішнього розпорядку дня;
- 3) забезпечення режиму раціональної фізичної (рухової) активності.

Основою лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня, який забезпечує фізичний і психічний спокій хворого який наведено в таблиці.

Таблиця

Розпорядок дня хворих і обов'язки медичної сестри

Години	Розпорядок дня хворих	Обов'язки медичної сестри
7.00	Підйом	Вмикає світло в палатах
7.05-7.30	Термометрія	Роздає термометри, стежить за правильною вимірювання температури тіла, робить записи в температурних листках
7.30-8.00	Ранковий туалет хворих	Допомагає важкохворим провести гігієнічні процедури (догляд за шкірою, порожниною рота, носа, вухами, волоссям, природними складками); відправляє біологічний матеріал (сечу, кал, харкотиння) в лабораторію
8.00-8.30	Приймання ліків	Роздає призначені хворим ліки і стежить за їх прийманням
8.30-9.00	Сніданок	Допомагає буфетниці роздавати їжу, годує важкохворих
9.00-10.00	Лікарський обхід	Бере участь в обході, записує призначення лікаря
10.00-13.00	Виконання призначень	Готує хворих до обстежень, супроводжує їх у діагностичні кабінети, доглядає за важкохворими, виконує всі лікарські призначення (ін'єкції, компреси, зондування тощо)
13.00-13.30	Приймання ліків	Роздає призначені хворим ліки і стежить за їх прийманням
13.30-14.30	Обід	Допомагає роздавати їжу, годує важкохворих

14.30-16.30	Післяобідній відпочинок	Стежить за порядком у відділенні, за станом важкохворих
16.30-17.00	Термометрія	Роздає термометри, стежить за правильною термометрією, записує результати у температурні листки
17.00-19.00	Відвідування хворих родичами	Стежить за порядком у відділенні, контролює вміст передач з продуктами

Необхідно вимагати від хворих дотримання розпорядку дня у відділенні і самим його не порушувати, вчасно вимикати телевізор, не будити хворих раніше встановленого часу (за винятком випадків, коли це необхідно для досліджень).

Зміна персоналу, прибирання палат, термометрія мають проводитися після 7 год. ранку.

Запобігати негативним емоціям, що виникають через вигляд предметів лікарняного догляду (брудні бинти, невимите судно, шприци тощо). Доглядаючи за важкохворим під час фізіологічних відправлень, його слід відгородити ширмою.

Сприяти зменшенню негативного впливу шумів на психічний стан хворого. Тиха спокійна розмова медичного персоналу між собою та з хворими, дотримання основних принципів медичної етики та деонтології поліпшують настрій хворого, допомагають йому швидше одужати.

Створити навколо хворого сприятливий емоційний клімат з оптимістичним настроєм. Дуже важливо пробудити волю хворого до одужання і бажання брати активну участь у процесі відновлення свого здоров'я.

Оберігати хворого від частих, тривалих і втомлюючих відвідин родичів, знайомих і товаришів по роботі. Відвідувачі нерідко своєю поведінкою порушують встановлений для хворого лікувальний режим.

Хворі мають лягати спати в один і той самий час, тоді в них виробиться звичка швидко засинати. Будити хворих для приймання або введення ліків можна лише за вказівкою лікаря.

Важливим елементом лікувально-охоронного режиму є раціональне обмеження фізичної (рухової) активності хворих.

У закладах охорони здоров'я використовують **4 режими фізичної (рухової) активності хворих:**

- 1) строгий постільний режим;
- 2) постільний режим;
- 3) палатний режим;
- 4) загальний режим.

Строгий постільний режим призначають хворим на самому початку важких гострих захворювань (гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія й ін.).

Хворому категорично забороняється не тільки вставати, але і сидіти, а в деяких випадках навіть самостійно повертатися в постелі. Усі санітарно гігієнічні заходи (санітарна обробка хворого, заміна білизни, подача судна і сечоприйомника), а також годування здійснюються тільки за допомогою медичної сестри. Особливо обережними й акуратними повинні бути дії медичного персоналу при транспортуванні таких хворих і виконанні лікувальних і діагностичних маніпуляцій. Тривалість строгого постільного режиму встановлює лікар кожному хворому індивідуально, у залежності від особливостей плину його захворювання.

Постільний режим характеризується трохи більшою фізичною активністю хворого в постелі: дозволяється повертатися, під спостереженням лікаря або медичної сестри виконувати легкі гімнастичні вправи і, нарешті, через визначений час сидіти на краю ліжка,) опустивши ноги.

При **палатному режимі** хворому дозволяють сидіти на стільці поруч з ліжком, вставати і навіть визначений час ходити по палаті. Туалет, годування хворих та фізіологічні відправлення здійснюються в палаті.

При **загальному (позапалатному) режимі** дозволяється вільна ходьба по коридорі, підйом по сходах, прогулянки на території лікарні. Хворі самостійно обслуговують себе: приймають їжу в їдальні, ходять у туалет, приймають гігієнічну ванну, душ і т.д.

Спостереження за правильною виконання хворими того або іншого режиму фізичної активності і безпосереднє забезпечення такого режиму – найважливіший обов'язок медичної сестри.

2.1.2. Дотримання правил особистої гігієни пацієнтів

Дотримання основних вимог особистої гігієни забезпечує правильний фізичний розвиток організму і сприяє послабленню несприятливих впливів зовнішнього середовища. Дотримання цих правил забезпечує збереження здоров'я та працездатності, продовження життя людини. Дотримання правил особистої гігієни, зручне ліжко, чиста постіль створюють умови для більш швидкого одужання хворих і запобігання багатьом ускладненням.

Особиста гігієна пацієнтів і догляд за ними включає :

- облаштування ліжка пацієнта;
- надання пацієнту необхідного положення у ліжку;
- заміна постільної і нагільної білизни лежачого хворого;
- дотримання санітарно-протиепідемічного режиму при зміні білизни;
- догляд за шкірою і волоссям у лежачого хворого;

- підкладання суден лежачому хворому;
- подання сечоприймача лежачому пацієнту;
- дезінфекція судна і сечоприймача;
- підмивання лежачого хворого;
- комплексна профілактика пролежнів;
- догляд за порожниною рота, очима, вухами.

***Примітка:** виконання маніпуляцій і процедур з дотримання особистої гігієни пацієнтом проводиться згідно затверджених алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, затверджених наказом керівника ЗОЗ.*

2.1.3. Контроль за харчуванням пацієнтів

Харчування – одна з основних фізіологічних потреб живого організму, яка відіграє важливу роль у збереженні здоров'я.

В основу системи лікувального харчування покладено принципи достатнього та збалансованого харчування. Харчування хворих базується на основі фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії здорової людини.

2.1.3.1. Порядок організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я

1) Принципи лікувального харчування хворих:

– лікувальне харчування хворого є невід'ємною складовою лікувального процесу;

– пероральне харчування хворого здійснюється доти, доки хворий може ковтати і доки не буде медичних протипоказань відносно вживання рідини та їжі перорально;

– обов'язковою складовою догляду за хворим є забезпечення його адекватними рідинами та нутрієнтами перорально.

2) Методологія системи лікувального харчування хворих:

– нутріціологічна підтримка враховує харчовий статус хворого, його індивідуальні потреби у нутрієнтах та клінічний стан;

– потреба в енергії та макронутрієнтах (білках, жирах та вуглеводах) визначається на один кілограм оптимальної маси тіла (оптимальна маса для чоловіків – 70 кг, для жінок – 60 кг);

– за харчовим статусом відповідно до індексу маси тіла усі хворі поділяються на три групи: хворі з гіпотрофією, нормотрофією та гіпертрофією;

– добова кількість основних продуктів харчування відповідно до харчового статусу визначена у Нормах харчування на одного хворого на день у закладах охорони здоров'я відповідно до профілю;

– необхідна кількість мікронутрієнтів визначається відповідно до фізіологічних потреб;

– лікувальне харчування також включає дієтичний супровід при екстремальних клінічних станах (використовується повне або часткове парентеральне харчування, елементне та зондове харчування, нульові хірургічні та спеціальні дієти) та на етапі реконвалесценції;

– стандартні раціони для дорослих осіб розробляються на основі потреб хворого в енергії та нутрієнтах залежно від вихідного нормо-, гіпо- або гіпертрофічного стану;

– індивідуалізація калорійності та хімічного складу дієти залежно від трофологічного стану хворого, основного та супутнього діагнозів досягається за рахунок корекції стандартного раціону шляхом збільшення чи зменшення у ньому кількості буфетної продукції (хліб, цукор, масло), підбору гарнірів (зернові, овочеві) та використання нерегламентованого (домашнього) харчування відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога (лікаря);

– за наявності показань та відповідно до рекомендацій лікаря-дієтолога або іншого лікаря на всіх етапах лікування хворих можуть бути призначені дієтичні добавки, функціональні харчові продукти та продукти для спеціального дієтичного споживання.

3) В закладах охорони здоров'я встановлюється чотириразовий режим лікувального харчування.

Кулінарна обробка їжі має враховувати особливості фізіології травної та інших систем організму хворих. Смакові речовини (сіль, перець, майонез, кетчуп, соуси тощо) призначаються лікарем індивідуально.

Ентеральне харчування призначається відповідно до фізіологічних потреб хворого в енергії та харчових речовинах і особливостях метаболічних змін, зумовлених основним захворюванням. Стандарти (протоколи) ведення таких захворювань повинні передбачати підходи та строки застосування ентерального харчування.

4) Контроль за ефективністю організації лікувального харчування, що проводиться в закладах охорони здоров'я, має здійснюватися шляхом перевірки відповідності одержуваних хворими дієт (за набором продуктів і страв, технологією приготування, хімічним складом та енергетичною цінністю) рекомендованим характеристикам стандартних дієт і шляхом перевірки фінансових витрат за кварталами року.

Загальне керівництво лікувальним харчуванням у закладі охорони здоров'я здійснює керівник ЗОЗ, а за його відсутності – медичний директор.

Лікар-дієтолог надає консультативну допомогу з питань харчування хворим із різноманітними захворюваннями у закладах охорони здоров'я, бере участь у науково-методичній організації забезпечення хворих харчуванням, адекватним за якістю, енергетичною та харчо-

вою цінністю, надає медичне обґрунтування застосування лікувального, достатнього та збалансованого харчування у закладах охорони здоров'я.

Сестра медична з дієтичного харчування бере участь у забезпеченні медичних аспектів організації лікувального харчування хворих під керівництвом лікаря-дієтолога або іншого спеціаліста, відповідального за лікувальне харчування, у контролі за обігом харчових продуктів і дотриманні санітарно-гігієнічного режиму в закладі охорони здоров'я у межах своєї компетенції.

СИСТЕМА лікувального харчування*

№ з/п	Енергетична цінність раціону, нутрієнтний склад	Гіпотрофія (висококалорійна та високобілкова дієта)	Нормотрофія	Гіпертрофія (низькокалорійна дієта)
1	Потреба в енергії на день, ккал/кг	35-40	30-35	25-30
2	Білки, у тому числі тваринні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
3	Жири, у тому числі рослинні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
4	Вуглеводи, у тому числі прості, на день, г/кг	до 6,5 до 1,0	до 5,5 до 0,8	до 3,0 до 0,5**
5	Енергетична цінність, ккал	2400-2700	2200-2400	1900-2000
6	Білки, у тому числі тваринні, г	100 (55)	90 (45)	80 (40)
7	Жири, у тому числі рослинні, г	70 (40)	70 (40)	60 (30)
8	Вуглеводи, у тому числі прості, г	400 (150)***	350 (100)***	350 (50) ***

* Не поширюється на лікувальне харчування дітей.

** Чоловіки мають збільшену на 10 % потребу в енергії та нутрієнтах.

*** При цукровому діабеті використовують підсолоджувачі.

Класифікація хворих здійснюється за допомогою визначення індексу маси тіла.

За індексом маси тіла усі пацієнти поділяються на:

1. гіпотрофіків – < 18,5 кг/м² (енергетична цінність дієти на рівні 2400-2700 ккал з вмістом білка на рівні 90-100 г, вуглеводів на рівні 400-450 г);

2. нормотрофіків – 18,5-25 кг/м² (енергетична цінність дієти 2200-2400 ккал з вмістом білка на рівні 80-90 г, вуглеводів на рівні 350 г);

3. гіпертрофіків – > 25 кг/м² (низькокалорійна дієта, калорійність якої знижена за рахунок вуглеводів. Енергетична цінність становить 1800-2000 ккал, при достатньому вмісті білків на рівні 80-90 г). При суворому постільному режимі енерговитрати пацієнтів не перевищують 2000 ккал.

1.6. Для оптимізації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я створюють групи нутріціологічної підтримки, до яких входять: лікар, який веде хворого відповідно до основного захворювання, лікар-дієтолог, інші лікарі-спеціалісти (за потреби).

Нутріціологічна підтримка хворих підвищує ефективність різних способів лікування, знижує ризик виникнення ускладнень та поліпшує прогноз.

У процесі реконвалесценції доза нутрієнтів збільшується поступово протягом 3-5 днів до повної рекомендованої добової дози.

Моніторинг ефективності нутріціологічної підтримки доцільно проводити шляхом:

– щоденного зважування та визначення індексу маси тіла;

– огляду пацієнта для виявлення ознак надлишку або дефіциту нутрієнтів; оцінки енергетичного балансу; оцінки стану білкового обміну; оцінки стану ліпідного обміну; оцінки стану вуглеводного обміну; оцінки стану вітамінного обміну; оцінки стану мінерального обміну; дослідження рівня цукру в крові з метою виявлення толерантності до вуглеводного навантаження та регуляції доз інсуліну; дослідження вмісту альбуміну в крові – один раз на тиждень; контролю за вмістом тригліцеридів, холестерину та ліпопротеїнів у крові – один раз на тиждень.

Достатнє та збалансоване харчування повинно призводити до покращення психічного стану хворого, нормалізації основних фізіологічних функцій, скорочення строків реконвалесценції та перебування на стаціонарному лікуванні.

2.1.3.2. Інструкція з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я

1) Лікувальне харчування є обов'язковою складовою комплексної терапії і застосовується в усіх відділеннях стаціонарів ЗОЗ.

2) Лікувальне харчування – науково обґрунтована система організації харчування та диференційованого використання з лікувальною метою певних харчових продуктів, їхніх комбінацій, видів кулінарної обробки.

Лікувальне харчування призначається хворим за наявності медичних показань лікарем ЗОЗ.

3) Організація лікувального харчування хворих включає: опис стандартної дієти; основні показання для призначення; хімічний склад та енергетичну цінність; основні способи приготування страв; режим харчування.

4) Раціони харчування розробляються відповідно до норм середньодобового набору продуктів харчування на одного хворого у закладах охорони здоров'я.

5) На кожну страву, що готується у ЗОЗ, складається картка-розкладка у двох примірниках, один з яких зберігається у бухгалтерії, другий – у медичній сестри з дієтичного харчування.

6) Заміна харчових продуктів проводиться відповідно до таблиці взаємозамінності продуктів при приготуванні дієтичних страв.

7) Контроль за якістю готових дієтичних страв (бракераж) здійснюють медична сестра з дієтичного харчування, черговий лікар, який дозволяє видачу готової їжі до відділень, що фіксується в бракеражному журналі.

Порядок виписки лікувального харчування у закладах охорони здоров'я

1) Виписку продуктів харчування здійснює сестра медична з дієтичного харчування під керівництвом лікаря-дієтолога.

Якщо штатна чисельність ЗОЗ не передбачає наявності посади лікаря-дієтолога, сестра медична з дієтичного харчування здійснює виписку харчування під контролем лікаря-спеціаліста, призначеного керівником ЗОЗ відповідальним за лікувальне харчування.

2) При госпіталізації хворого до ЗОЗ лікувальне харчування призначає черговий лікар. Призначена дієта вноситься до медичної карти стаціонарного хворого й одночасно до зведеного замовлення на всіх хворих, що направляються до харчоблоку в установлений час.

3) Відповідальною особою за дотримання технології приготування страв лікувального призначення, їхньої калорійності, виходу готових дієтичних страв є завідувач виробництва (шеф-кухар, кухар).

4) Облік дієт здійснює у відділенні сестра медична палатна, яка щодня подає дані сестрі медичній старшій відділення.

5) На підставі даних, отриманих від сестер медичних палатних, сестра медична старша складає загальне замовлення на продукти харчування для хворих відділення та передає його для виконання. Кількість хворих у відділенні звіряється нею з даними приймального відділення. Замовлення на харчування від відділення підписується сестрою медичною старшою, завідувачем відділення і передається сестрі медичній з дієтичного харчування.

6) Сестра медична з дієтичного харчування підраховує замовлення, подані від відділень ЗОЗ, і разом з меню-розкладкою передає їх до бухгалтерії для проведення розрахунку і виписки продуктів зі складу (комори) до харчоблоку.

7) Виписка продуктів до кухні здійснюється на основі меню-розкладки, яке щодня складається сестрою медичною з дієтичного харчування під керівництвом лікаря-дієтолога (або іншого лікаря-спеціаліста, призначеного відповідальним за лікувальне харчування) за участі завідувача виробництва (шеф-кухаря) і бухгалтера.

8) Меню-розкладка складається з урахуванням встановлених норм харчування для закладу охорони здоров'я, щодня затверджується керівником закладу і підписується лікарем-дієтологом, бухгалтером, завідувачем виробництва (шеф-кухарем, кухарем).

9) Закладання продуктів у ємності для приготування їжі відбувається у присутності сестри медичної з дієтичного харчування. Попередньо продукти зважують незалежно від того, чи були вони отримані за вагою зі складу (комори). Щомісяця закладання харчових продуктів контролюється адміністрацією ЗОЗ.

10) Вага порцій готових страв має відповідати нормам виходу готової продукції. Не рідше одного разу на місяць адміністрацією разом із сестрою медичною з дієтичного харчування перевіряється вага та кількість готових страв у відділеннях ЗОЗ.

11) Видача відділенням раціонів харчування відбувається на підставі відомості обліку відпуску відділенням раціонів харчування для хворих, яка заповнюється медичною сестрою з дієтичного харчування в трьох примірниках.

12) На кожну страву, приготовану в закладі охорони здоров'я, повинна бути складена картка-розкладка у трьох примірниках: перший зберігається у бухгалтерії, другий – у завідувача виробництва (шеф-кухаря, кухаря), третій – у медичній сестри з дієтичного харчування.

13) При приготуванні лікувального харчування підприємством громадського харчування порядок надання послуг із харчування хворих і

розрахунків між підприємством громадського харчування та ЗОЗ здійснюється відповідно до договору.

Порядок контролю за якістю готової їжі у закладах охорони здоров'я

1) Перевірка готової їжі перед відправкою до відділення проводиться черговим лікарем, а також лікарем-дієтологом і періодично керівником ЗОЗ в різний час і незалежно від проби, яка проводиться черговим лікарем.

2) Перевірка готової їжі на кухні перед її відпуском проводиться в такому порядку:

а) безпосередньо з смності для приготування їжі відповідно до переліку страв, зазначених у меню-розкладці.

Об'єм перших страв встановлюється на основі даних про смність посуду для приготування їжі й кількість замовлених порцій; вага других страв (каші, пудинги тощо) визначається шляхом зважування всієї кількості в загальному посуді з відніманням ваги тари і визначення таким чином ваги однієї порції; з порційних других страв (котлети, битки, м'ясо шматком тощо) зважується 10 порцій окремо і встановлюється рівномірність розподілу та середня вага однієї порції;

б) шляхом проби оформлених страв однієї з найбільш масових дієт.

3) Результати проби їжі записуються за кожною стравою в меню-розкладку, а загальна оцінка – в журнал готової їжі.

2.1.3.3. Організація харчування в залежності від стану пацієнта

- Пацієнти, яким призначено ліжковий та палатний режим, їдять у палатах. Перед споживанням їжі необхідно закінчити всі лікувальні процедури і фізіологічні відправлення хворих. Молодший медичний персонал прибирає і провітрює палати, допомагає тяжкохворим помити руки. Хворі, які не піднімаються, їдять у ліжках.
- Тяжкохворих сестра медична годує сама. Якщо хворий не може сидіти в ліжку, йому надають положення напівсидячи. Шию та груди прикривають клейонкою чи серветкою. Годувати тяжкохворого необхідно ложкою малими порціями з достатніми паузами, щоб хворий мав можливість добре пережувати їжу і не похлинутися. Вливати в рот їжу насильно, якщо хворий не ковтає, не можна, оскільки потрапляння їжі в дихальні шляхи може спричинити тяжкі ускладнення. Пиття дають з поїльника або зі склянки за допомогою трубочки. Якщо хворому тяжко жувати, то йому треба давати рідку або протерту їжу.
- Не слід давати гарячої їжі. Не потрібно залишати їжу на тумбочці біля ліжка хворого. Використаний посуд відносять у роздавальну, де його знежирюють, ополіскують, дезінфікують, миють під проточною водою і висушують на стелажах.

Допомога пацієнтам під час приймання їжі.

Апетит залежить від багатьох чинників: у людини може бути поганий апетит, якщо вона хворіє, схвильована або відчуває страх, залежить від запаху їжі, який може змусити людину відчути голод чи, навпаки, відразу до їжі.

Для поліпшення апетиту необхідно створювати приємну обстановку в приміщенні, де відбувається приймання їжі:

- Підтримуйте атмосферу під час їди настільки веселою і комфортною, наскільки це можливо.
- Забезпечте достатнє освітлення кімнати, де приймається їжа.
- Утримуйте кімнату чистою, без неприємних запахів.
- Визначить певний час для підготовки до приймання їжі.
- Запропонуйте пацієнту помити руки перед їдою.
- Якщо потрібно, допоможіть вашому підопічному сісти комфортно, зайняти таке положення, в якому йому легше жувати і ковтати, а також користуватися столовими наборами.
- Подавайте страви швидко, щоб гаряча їжа залишилася гарячою, а холодна – холодною. Деякі продукти швидко псуються, якщо зберігати їх при кімнатній температурі.
- Якщо людина на лікувальній дієті, переконайтесь, що вона одержує належну їжу.
- Дізнайтесь в пацієнта про непереносимість певних продуктів (алергію) і про те, які продукти він любить вживати.
- Подавайте протерту їжу окремо. Додавайте приправи, такі, як сіль (якщо є дозвіл) і перець у протерту їжу. До безсольових страв додають відварену і злегка підсмажену цибулю, яблучний, лимонний, гранатовий соки.
- Протерта їжа на вигляд не така апетитна, як звичайна, але позитивне ставлення до неї може допомогти вашому підопічному її з'їсти.
- Необхідно спостерігати за пацієнтами під час їди, щоб визначити, чи не потребують вони допомоги. Іноді люди залишають частину їжі, тому що вони занадто втомилися. У такому випадку ви можете допомогти їм в прийманні їжі або запропонувати перекусити пізніше.

Допомагаючи пацієнтам приймати їжу, дотримуйтесь рекомендацій:

- Переконайтесь, що пацієнт займає правильне положення для приймання їжі, що його ноги в стійкому положенні, лікті або передпліччя лежать на столі, якщо він потребує опори. За бажанням людини забезпечте захист її одягу від забруднення, розстеливши рушник або серветку на груди.

- Якщо ви повинні допомогти нагодувати вашого підопічного, запитайте, в якому порядку він хоче приймати їжу, які приправи більше подобаються, називайте кожну страву, яку ви пропонуєте.
 - Якщо пацієнт збирається пити такі гарячі напої, як чай або кава, перевірте перед подачею їхню температуру, капнувши декілька крапель на зап'ясток; якщо ви відчуваєте, що рідина ще гаряча, дайте їй трохи охолонути, а потім подавайте.
 - Пропонуючи пити гарячий напій через трубочку, спочатку перемішайте його трубочкою, щоб розподілити тепло рівномірно. Людина може пити і ковтати рідину, як забажає. Якщо вона набрала занадто багато рідини в рот і не в змозі її проковтнути, варто вийняти трубку з рота і відкласти вбік, щоб дати час проковтнути рідину.
 - Пропонуючи напій пацієнту в лежачому положенні, однією рукою підніміть і підтримуйте голову, іншою – тримайте чашку, з якої він п'є. Пропонуйте рідину тільки в тому випадку, коли в роті немає їжі.
 - Годуйте вашого підопічного повільно. Спочатку запропонуйте йому попиту (таким способом він змочить рот, і йому буде легше ковтати), потім – твердо їжу.
 - Наповнюйте ложку на дві третини. Спочатку доторкніться ложкою до нижньої губи пацієнта, щоб він відкрив рот, потім – язика. Так пацієнт дізнається, що ложка в нього у роті.
 - Зробіть паузу, щоб ваш підопічний зміг прожувати і проковтнути. Запропонуйте попиту після приймання твердої їжі, перевіряючи, чи незанадто гаряча рідина. Закінчивши годувати вашого підопічного, дайте йому воду для полоскання рота. При необхідності витріть рот серветкою.
 - Коли людина, за якою ви доглядаєте закінчила їсти, приберіть посуд і наведіть порядок на столі. Якщо потрібно, допоможіть пацієнту вимити руки, почистити зуби або прополоскати рот (за бажанням).
- Допомога сліпому під час їди.**
- Якщо ви доглядаєте за сліпою людиною, пам'ятайте, якщо в неї немає інших виражених функціональних порушень, вона, можливо, здатна їсти самостійно.
 - Назвіть їжу, яка є перед нею на тарілці, а також розташування різних страв так, як би вони були на годинниковому циферблаті. Наприклад, можна сказати: "Горох розташовано в тому місці, де на циферблаті цифра "8". Якщо картопля лежить навпроти гороху, ви можете сказати: "Картопля розташована в ділянці 4-ї години". Якщо склянка з водою стоїть на столі у верхній правій його частині, ви можете сказати: "Склянка з водою розташована там, де на годиннику цифра "2".
 - Поріжте м'ясо або інший продукт, який потрібно розрізати на дрібні шматки.

- Відкрийте упаковку молока, соку, йогурту тощо.
- Назвіть розташування обідніх наборів. Під час приймання їжі перевіряйте, чи не занадто довго пацієнт шукає якусь страву, при необхідності запропонуйте свою допомогу.

Допомога пацієнтам, яким важко ковтати.

- Людина, яка перенесла інсульт і має утруднення з мовою, важко ковтає їжу. Їй легше проковтнути м'яку їжу, ніж рідину.
- Залишайтеся з пацієнтом доти, доки він їсть.
- Подавайте їжу в рот збоку, з непошкодженої сторони, тому що людина не зможе відчуті їжу з ушкодженої сторони і вона буде накопичуватися в неї за щогою.
- Заохочуйте вашого підопічного жувати повільно і старанно.
- Вимкніть телевізор або запропонуйте відвідувачам вийти з кімнати, щоб пацієнт міг зосередитись на прийманні їжі.
- Заохочуйте вашого підопічного нахилити голову вниз, коли він жує. Тримайте голову людини піднятою під час ковтання і, як мінімум, півгодини після приймання їжі.

Контроль за кількістю їжі і рідини.

- Дуже важливо знати і записувати кількість вжитої пацієнтом їжі й рідини за день, а також, скільки рідини виділяється з організму.
- Кількість прийнятої людиною їжі і рідини впливає на масу її тіла.
- Контроль за вагою здійснюється методом зважування не менше 2 разів на місяць; контроль за кількістю вжитої і виділеної рідини здійснюється шляхом ведення бланку обліку водного балансу.

Штучне харчування пацієнтів використовують у випадках, коли природне харчування є неможливим або недостатнім.

Види штучного харчування:

- 1) ентєральне – через зонд, через гастростому, через єноностому, ректальне
- 2) парантеральне – інфузійне
- 3) комбіноване.

Примітка: проведення штучного харчування здійснюється згідно затверджених у ЗОЗ алгоритмів маніпуляцій з годування пацієнта.

2.1.3.4. Контроль за передачею продуктів харчування від відвідувачів

У відділеннях має бути належний контроль за продуктами, які приносять хворим із дому. Відсутність контролю за передачами продуктів може призвести до порушення призначеного лікувального харчування або гігієнічного режиму.

В місяцях прийому передач необхідно вивісити списки дозволених (рекомендованих) для передачі залежно від номера дієти харчових продуктів із зазначенням їх граничної кількості і способу обробки.

Прийом передач контролює чергова сестра медична, яка звертає увагу на відповідність продуктів дієти, їх кількість, доброякісність та гігієнічний стан упакування.

Продукти, які швидко псуються, зберігають у спеціально виділеному холодильнику.

Чергова сестра медична з допомогою молодшої медсестри (санітарки-роздатчиці) щоденно перевіряє їх і зіпсовані продукти видаляє, повідомляючи про це хворого.

2.1.4. Спостереження за пацієнтами

2.1.4.1. Сестринське обстеження пацієнта

Суб'єктивне обстеження	Об'єктивне обстеження	Додаткове обстеження
Бесіда з пацієнтом	Зовнішній огляд	Дослідження: лабораторні, інструментальні, рентгенологічні, ендоскопічні, УЗД, КТ, МРТ та інш.
Бесіда з родичами пацієнта	Огляд органів та систем за схемою	
Ознайомлення з медичною документацією пацієнта (ви-тяги, довідки, медична карта амбулаторного хворого)	Визначення життєво важливих показників: температури тіла, АТ, ЧСС, ЧДР, зріст, маса тіла, ЖЄЛ тощо	
<i>Примітка.</i> АТ – артеріальний тиск; ЧСС- частота серцевих скорочень; ЧДР – частота дихальних рухів; ЖЄЛ – життєва ємність легень.		

Перелік обов'язкових додаткових обстежень

1. Аналіз крові клінічний
2. Аналіз крові на RW (реакція Вассермана).
3. Аналіз крові на глюкозу
4. Аналіз сечі клінічний
5. Аналіз випорожнень на яйця гельмінтів.
6. Визначення груп крові та резус-фактора

Біохімічний аналіз крові (загальний холестерин, ліпідограма, коефіцієнт атерогенності, креатинін, сечовина, альдолаза, трансаміназа)

7. Електрокардіографія
8. Флюорографія
9. УЗД органів при виявленій патології
10. КТ
11. Тест – на визначення глюкози у крові, рівня холестерину
12. Тест – на визначення лейкоцитів у сечі, нітратів, протеїну, глюкози, уробіліногену, білірубину, кето речовин, крові, аскорбінової кислоти, кислотності, густини.
13. Тест – для діагностики вагітності
14. Тест – для визначення терміну овуляції
15. Тест – для визначення прихованої крові в калі
16. Тест – для визначення бактеріальної інфекції в сечі
17. Тест – на визначення гепатиту В,С, СНІДу
18. Тест на визначення антигену при Covid – 19
19. ПЛР – тест

2.1.4.2. Послідовність спостереження

Назва заходу	Послідовність дій
Загальне спостереження за пацієнтом	Охарактеризувати положення в ліжку (активне, пасивне, вимушене), вираз обличчя, стан шкіри (колір та вологість) Виявити наявність набряків (місцевих, загальних). Підрахувати: частоту дихання, визначити ритм та наявність патологічного дихання. Підрахувати частоту пульсу. Визначити його властивості. Виміряти АТ. <u>Зафіксувати основні симптоми, які характеризують:</u> – стан органів дихальної системи (кашель, виділення мокротиння, кровохаркання); – стан органів серцево-судинної системи (біль у серці, порушення пульсу та АТ); – стан органів травної системи (огляд ротової порожнини, розлади травлення, огляд блювотних мас, калу); – стан органів сечової системи (ниркова колька, порушення кількості та зовнішнього вигляду сечі).

Під час спостереження за пацієнтом сестра медична виявляє проблеми пацієнта про які повідомляє лікуючого лікаря.

**Проблеми пацієнта, що виникають
при патології органів і систем**

<i>Система органів</i>	<i>Проблеми пацієнта</i>	<i>Що повинна з'ясувати сестра медична (на що їй треба звернути увагу)</i>
<i>Дихальна система</i>	Біль	Локалізація, іррадіація, тривалість, інтенсивність, характер, зв'язок з кашлем, положенням тіла в момент болю; які засоби, способи, положення тіла допомагають зменшити біль.
	Задишка	Постійна чи ні, поява і посилення під час фізичного чи емоційного навантаження, ходіння сходами: інтенсивність, тривалість, характер (експіраторна, інспіраторна, змішана); ядуха: час появи, інтенсивність, тривалість.
	Кашель	Сухий чи вологий, інтенсивність кашлю (незначна, помірна, надмірна), характер (постійний, періодичний); причини, що сприяють появі, посиленню, зменшенню кашлю.
	Виділення мокротиння	Відхаркування повільне чи утруднене, рівномірне завжди чи тільки під час нападів кашлю, зміна кількості мокротиння залежно від часу доби та положення тіла пацієнта, характер мокротиння (запах, колір, кількість, консистенція).
	Кровохаркання	Час появи, інтенсивність, рівномірність розподілу крові, колір крові.
	Підвищена температура тіла	До яких показників, в який час доби, як переносить пацієнт гарячку, чим вона знижується чи нормалізується.
	Озноб, піт	У який час доби, чим зменшується чи ліквідується.
<i>Система кровообігу</i>	Біль	У ділянці серця чи за грудиною (характеристику див. вище).
	Задишка	Характеристику див. вище.
	Серцебиття	Постійне, нападаподібне під час руху чи в стані спокою, внаслідок хвилювання, після їди, вранці, під час засинання; супроводжується запамороченням, болем, важкістю у ділянці серця, відчуттям страху.
	Набряки	Час появи, локалізація, залежність від часу доби, положення тіла, фізичного, психічного навантаження.

<i>Травна система</i>	Апетит	Добрий, середній, відсутній, підвищений, спотворення апетиту, порушення смакового відчуття.
	Спрага	Є, немає. Кількість рідини, яку пацієнт споживає, вид рідини.
	Жування	Чи добре пережовує їжу, наявність болю під час жування.
	Ковтання	Повільне, затруднене, болісне, неможливе.
	Біль	Характеристику див. вище.
	Блювання	Натще, після їди. Кількість блювотних мас, їх характер, чи наступає полегшення.
	Метеоризм	Залежить від характеру їжі.
	Печія	Тривалість, інтенсивність, натще, після їди.
	Відрижка	Повітрям, їжею, гірка, кисла.
	Випорожнення	Періодичність, в який час доби, кількість випорожнень. Самостійно чи за допомогою клізми, проносних засобів. Біль, тенезми.
<i>Сечова система</i>	Сечовипускання	Повільне, ускладнене, безболісне. Частота сечовипускання вдень та вночі. Кількість сечі, колір.
	Біль у ділянці нирок	Постійний, нападаподібний, чинники, що провокують біль, іррадіація болю.
	Біль у проекції сечового міхура	Характер, тривалість, періодичність, чинники, що провокують біль, причини, що посилюють чи послаблюють його.
<i>Ендокринна система</i>	Зміни у поведінці	Дратівливість, безсоння, сонливість, погіршення пам'яті, загальна слабкість, зниження працездатності.
	Зовнішні зміни	Потемніння шкіри, сухість, її щільний набряк, посилення потовиділення, випадання волосся, поява чоловічих вторинних статевих ознак у жінок чи жіночих у чоловіків, порушення менструального циклу, зниження потенції. Відчуття голоду, підвищення апетиту, схуднення, ожиріння, сухість у роті, відчуття спраги. Підвищене сечовипускання (до 3-10 л. на добу).

Нервова система	Головний біль	Локалізація, тривалість, характер, чинники, що посилюють чи послаблюють біль.
	Сон	Добрий, поганий, утруднене засинання, сонливість звечора, але безсоння вночі. Дратівливість, агресивність, депресія.
	Пам'ять	Збережена, ослаблена, втрата пам'яті.
Опорно-руховий апарат	Біль	У м'язах тулуба, кінцівок, локалізація, характер, причини, що провокують біль, наявність болю під час рухів і в стані спокою, час найвищої інтенсивності болю (ніч, ранок).
Шкіра та слизові оболонки	Висипання	Характер (біль, свербіж, тривалість, колір, форма, локалізація). Наявність гіперемії, свербіжу повік, слезотечі, ерозій, виразок, висипань у ротовій порожнині. Деформація, ламкість нігтів, волосся, випадання волосся.
Спадкові, чи генетичні хвороби	Відповідно до патології систем та органів	Перелік родичів, стан здоров'я яких має значення під час дослідження сімейного анамнезу: батько, його брати та сестри; мати, її брати та сестри; брати та сестри пацієнта; діти пацієнта.

Примітка. Виконання маніпуляцій і процедур із спостереження за пацієнтами проводиться згідно затверджених алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, затверджених у закладі охорони здоров'я. Зокрема *Алгоритми маніпуляцій з оцінки функціонального стану пацієнта.*

2.1.5. Виконання маніпуляцій і процедур пацієнтам згідно призначення лікаря.

2.1.5.1. Використання лікарських засобів.

Працюючи з лікарськими засобами, сестра медична повинна пам'ятати *правило восьми "правильно"* :

- 1) "правильний" пацієнт, тобто саме той пацієнт, кому прописано даний препарат;
- 2) "правильний" лікарський засіб, тобто саме цей препарат потрібно вводити даному пацієнтові;
- 3) "правильна" доза, яку необхідно перед введенням ще раз перевірити в листку призначень, у формі випуску, особливо у дитячій практиці;
- 4) "правильний" шлях введення;
- 5) "правильний" час введення;
- 6) "правильна" причина введення (стан пацієнта, хвороба);

- 7) "правильний" запис в листку призначень;
- 8) "правильний", тобто терапевтичний ефект препарату.

Також важливо вміти спілкуватися і слухати пацієнта, спостерігати за ним, щоб своєчасно виявити небажані ефекти лікарського засобу та попередити лікаря.

Примітка. *Маніпуляції і процедури з використання лікарських засобів виконуються згідно затверджених алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою затверджених у закладі охорони здоров'я.*

2.1.6. Підготовка пацієнтів до лабораторних та інструментальних досліджень

Для уточнення діагнозу захворювання хворому також призначаються лабораторні, інструментальні та фізикальні методи обстеження.

Лабораторні методи обстеження включають загальноклінічні аналізи, до яких входять загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та аналіз калу. До лабораторних методів обстеження належать також біохімічні методи обстеження, під час яких визначається рівень глюкози, креатиніну, сечовини, білірубину, ферментів печінки, ліпідів крові; коагулограма, при якій аналізуються показники зсідання крові; обстеження із визначення гормонів крові; визначення онкомаркерів; аналізи крові та інших біологічних матеріалів на інфекційні захворювання; алергологічні, токсикологічні, цитологічні та паразитологічні обстеження.

До інструментальних методів обстеження, належать рентгенологічні, ендоскопічні, ультразвукові методи реєстрації електричної активності органів (зокрема ЕКГ та ЕЕГ) та ряд інших методів обстеження.

До рентгенологічних методів обстеження відноситься рентгенографія, рентгеноскопія, томографія, скринінговий метод для раннього виявлення захворювань дихальної системи – флюорографія, а також метод обстеження із створенням зображень органів із високою роздільною здатністю – комп'ютерна томографія. Близьким до цього методу, хоча й із використанням інших фізичних явищ, є магнітно-резонансна томографія та позитрон-емісійна томографія. У діагностиці також можуть застосовуватися рентгенологічні методи обстеження із використанням рентгеноконтрастних препаратів.

Ендоскопічні методи обстеження, принципом яких є спостереження змін внутрішніх органів та порожнин людського організму з допомогою спеціального приладу – ендоскопа, застосовуються переважно для діагностики захворювань порожнистих і порожнинних органів. До них належать фіброгастроуденоскопія, колоноскопія, ректоромано-

скопія, риноскопія, ларингоскопія, бронхоскопія, цистоскопія, кольпоскопія, лапароскопія, артроскопія та ряд інших обстежень.

Ендоскопічні методи можуть поєднувати у собі як діагностичну мету, в тому числі взяття біопсії ураженого органу, при проведенні даних методів обстеження можуть також проводитись лікувальні маніпуляції. Окрім того, найчастіше для вивчення стану органів травної системи застосовується відеокапсульна ендоскопія, під час якої в травний тракт хворого вводиться відеокапсула, яка самостійно рухається травним трактом і робить знімки стінок органів травної системи, що допомагає лікарю краще оцінити стан ураженого органу.

Для обстеження щільних органів застосовуються ультразвукові методи обстеження. Ультразвукове обстеження застосовується для діагностики захворювань печінки, підшлункової залози, жовчного міхура, селезінки, нирок, сечового міхура, простати, жіночих статевих органів, молочних залоз, серця і судин, суглобів, застосовується також для діагностики патологічних станів у плода.

Для діагностики розладів частини систем та органів використовуються методи реєстрації електричної активності органів, до яких належать, зокрема, ЕКГ та ЕЕГ.

У діагностиці різних захворювань також можуть використовуватися інші методи обстеження, зокрема введення в організм радіоактивних ізотопів та отриманні зображення шляхом визначення виділеного ними випромінювання (сцинтиграфія); реєстрація виділеного тепла з організму людини (термографія); пункційна біопсія та ряд інших методів діагностики захворювань, які є специфічними для різних розділів медицини.

2.1.6.1. Правила підготовки пацієнтів до здачі аналізів крові

1) Кров можна здавати у ранкові години натщесерце 4-5 годин після останнього прийому. За 1-2 дні до дослідження виключити з раціону продукти з високим вмістом жирів.

2) Показники крові можуть змінюватися протягом дня, тому рекомендується всі аналізи здавати в ранкові години.

3) Напередодні дослідження (протягом 24 годин) виключити алкоголь, інтенсивні фізичні навантаження, прийом лікарських препаратів (за погодженням з лікарем).

4) За 1-2 години до здачі крові утриматися від куріння, не вживати сік, чай, каву, можна пити негазовану воду. Виключити фізичне напруження (біг, швидкий підйом по сходах), емоційне збудження. За 15 хвилин до здачі крові рекомендується відпочити, заспокоїтися.

5) Не слід здавати кров для лабораторного дослідження відразу піс-

ля фізіотерапевтичних процедур, інструментального обстеження, рентгенологічного та ультразвукового досліджень, масажу та інших медичних процедур.

6) При контролі лабораторних показників в динаміці рекомендується проводити повторні дослідження в однакових умовах – в одній лабораторії, здавати кров в однаковий час доби тощо.

7) Кров для досліджень потрібно здавати до початку прийому лікарських препаратів або не раніше ніж через 10-14 днів після їх відміни. Для оцінки контролю ефективності лікування будь-якими препаратами потрібно проводити дослідження через 7-14 днів після останнього прийому препарату.

Якщо хворий приймає ліки, обов'язково попередьте про це лікаря. Загальні правила пишуться для всіх аналізів, але для деяких досліджень потрібна спеціальна підготовка і додаткові обмеження.

8) Забір крові проводиться тільки в ранковий час: з 8.15 до 10.30 ранку. Перед забором крові хворому треба відпочити десять-двадцять хвилин.

- натще (серологічні та біохімічні тести та інші) – вечеря не менш ніж за 10 годин перед забором матеріалу;
- строго натщесерце (аналізи показників ліпідного обміну) – вечеря за 14 годин перед забором матеріалу;
- загальний аналіз крові – за годину до забору матеріалу допускається легкий сніданок, виключаючи вживання цукру, яблук і молока.

Загальний аналіз крові

Кров можна здавати у ранкові години натщесерце (або в денні та вечірні години, через 4-5 годин після останнього прийому їжі), за 1-2 дня дослідження виключити з раціону продукти з високим вмістом жирів.

Біохімія

За 1-2 дні до дослідження необхідно дотримуватися дієти: відмовитися від вживання багаті пуринами їжі – печінки, нирок, а також максимально обмежити в раціоні м'ясо, рибу, кава, чай. Протипоказані інтенсивні фізичні навантаження

Кров необхідно здавати після 12-14 годинного голодування. За два тижні до дослідження необхідно скасувати лікарські препарати

Гормони

Кров на гормональні дослідження необхідно здавати натще в ранковий час.

При первинній перевірці рівня тиреоїдних гормонів скасувати препарати, що впливають на функцію щитовидної залози за 2-4 тижні до дослідження.

При контролі лікування – виключити прийом препаратів в день дослідження.

2.1.6.2. Правила підготовки пацієнтів для дослідження сечі

Основні вимоги підготовки пацієнта до аналізу сечі

1) Збір сечі пацієнт проводить самостійно (виняток становлять діти та важкохворі).

2) Напередодні аналізу не можна підвищувати або зменшувати споживання рідини, приймати лікарські препарати і уросептики.

3) Для запобігання появи в сечі сторонньої бактеріальної флори між дослідженнями і одержанням матеріалу повинно пройти не більше двох годин.

4) Не можна збирати сечу під час менструації.

5) Попередній туалет зовнішніх статевих органів:

- Перед забором матеріалу необхідно провести ретельний туалет зовнішніх статевих органів.
- Жінки перед забором сечі вводять гінекологічний тампон в піхву.
- Для чоловіків – ретельний туалет зовнішніх статевих органів з відкриванням голівки статевого члена.

2.1.6.3. Правила підготовки пацієнтів для дослідження калу

На дослідження спрямовується кал, зібраний після природної дефекації.

Для дослідження калових мас необхідно підготувати спеціальний контейнер для збирання біоматеріалу, за 48 годин до процедури пацієнтам рекомендується:

- Виключити прийом медикаментів, що впливають на функціональну діяльність травного тракту і характеристики біологічного матеріалу (послаблюючі засоби, вітаміни, препарати вісмуту, заліза, барію).
- Не використовувати ректальні свічки і очисні клізми.
- Не вживати продукти, що містять фарбувальні речовини (буряк, томати, моркву, шпинат, гарбуз).
- Відбирати зразок для аналізу потрібно з трьох ділянок калових мас, в контейнер не повинні попасти сеча і дезінфікуючі засоби. Біоматеріал доставляють в лабораторний центр протягом 2-2,5 годин.

Увага! Кал, зібраний після клізми, введення свічок, прийому касторової або вазелінової олії, – не підлягає дослідженню!

2.1.6.4. Правила підготовки пацієнтів для дослідження мокрот

Для кращого відходження мокрот рекомендувано напередодні дослідження вживати більше рідини; якщо мокрота відходить погано, пацієнтові напередодні дослідження дають відхаркувальні препарати або проводять інгаляцію фізіологічним розчином.

- Збір матеріалу проводиться уранці, натще.

- Виключити прийом їжі, алкоголю, лікарських препаратів, паління впродовж чотирьох годин до моменту збору.
- Перед проведенням збору мокрот пацієнт повинен почистити зуби, ясна, язик, слизову оболонку щік зубною щіткою і прополоскати ротову порожнину кип'яченою водою.
- Зробити три глибокі вдихи і енергійно відкашлятися.
- Матеріал збирається в разовий стерильний удароміцний герметичний контейнер.
- Контейнери з клінічним матеріалом зберігаються при кімнатній температурі
- +15-22 °С до двох годин; при температурі +2-8 °С – до 6 годин.
- Транспортування матеріалу в термоконтейнері.

2.1.6.5. Як правильно здавати інші аналізи

Бактеріологічний посів.

Для здобуття коректних результатів цього аналізу пацієнти повинні виконати деякі умови – перед проведенням дослідження відокремлюваного з:

- **носоглотки** – не рекомендується їсти, пити чай або каву, полоскати ротову порожнину і горло, чистити зуби;
- **око** – не варто умиватися;
- **дихальних шляхів** – (мокроти) потрібно ретельно пополоскати носоглотку і почистити зуби;
- **урогенітальних органів** – 48 годин утриматися від інтимної близькості, не використовувати антисептики для підмивання, в день відбору біоматеріалу не проводити туалет геніталій і за 3 години до процедури не мочитися.

Примітка. Маніпуляції і процедури з підготовки пацієнтів до лабораторних та інструментальних досліджень виконуються згідно затверджених алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, затверджених у закладі охорони здоров'я.

2.2. СПЕЦІАЛЬНИЙ СЕСТРИНСЬКИЙ ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ.

2.2.1. Сестринський догляд за пацієнтами у післяопераційний період

Післяопераційний період – це час від закінчення операції до одужання хворого і відновлення працездатності або переведення його на групу інвалідності.

Розрізняють:

- ранній післяопераційний період – перші 5-6 днів після завершення хірургічної операції;
- пізній післяопераційний період – до виписування хворого із стаціонару;
- віддалений післяопераційний період – до повного видужування і відновлення його працездатності або переведення на групу інвалідності.

Всіх хірургічних хворих після операції можна поділити на три групи:

1) хворі зі стабільним станом функцій життєво важливих органів (нормальна гемодинаміка, дихання та ін.), яких, як правило, поміщають у післяопераційні палати;

2) хворі з лабільним станом життєво важливих функцій, що характеризуються нестабільними показниками гемодинаміки і дихання й потребують інтенсивного лікування;

3) хворі в критичному стані з вираженими порушеннями діяльності серцево-судинної системи, дихання, нервової системи та ін.

В післяопераційному періоді сестра медична здійснює:

- спостереження і реєструє основні функціональні показники: пульс, дихання, артеріальний тиск, температуру, кількість випитої і виділеної (з сечею, каловими масами, виділеннями з ран) рідини.
- спостереження за станом післяопераційної рани – інтенсивність болю, стан післяопераційного рубця;
- спостереження за нервовим та психічним станом – роздратованість, невдоволеність, безсоння, депресивні явища, стомлюваність тощо;
- спостереження за станом внутрішніх органів – різні відхилення від норми.

Критичні показники стану післяопераційного хворого

I. Стан центральної нервової системи

1. Втрата свідомості.
2. Загальмованість свідомості.
3. Марення, галюцинації.
4. Збудження рухове, мовленнєве.

II. Стан дихальної системи

1. Частота дихальних рухів понад 28 за 1 хв.
2. Виражене вкорочення перкуторного звуку, тупий звук над легеньми при перкусії грудної клітки.
3. Відсутність дихальних шумів у ділянці притуплення.

III. Стан серцево-судинної системи

1. Частота пульсу понад 120 за 1 хв.

2. Зниження систолічного артеріального тиску до 80 мм.рт.ст. і підвищення його до 200 мм.рт.ст.

3. Порушення серцевого ритму.
4. Виражена блідість.
5. Акроціаноз.
6. Холодний липкий піт.

IV. Стан терморегуляції

1. Температура тіла нижча ніж 36°C.
2. Температура тіла вища ніж 38,5°C.

V. Стан сечовидільної системи

1. Анурія.
2. Кількість сечі, що виділяється менше ніж 10 мл. за 1 год.

VI. Стан травного каналу

1. Різке напруження м'язів передньої черевної стінки.
2. Чорний кал.
3. Наявність крові в калових масах.
4. Різко позитивний синдром Щоткіна-Блюмберга
5. Різке здуття живота, невідходження газів, відсутність перистальтики кишок більше ніж три доби.

VII. Стан водно-електролітного балансу

1. Ознаки внутрішньочерепної гіпертензії.
2. Судоми.

VIII. Стан шкіри та видимих слизових оболонок

1. Наявність запальних вогнищ у проблемних ділянках шкіри.
2. Наявність пролежнів.

IX. Стан операційної рани

1. Просякання пов'язки кров'ю.
2. Розходження країв рани.
3. Просякання пов'язки гноєм.

Піднімання хворих з ліжка залежить від їх загального стану, тяжкості та характеру перенесеної операції. Воно розпочинається з опускання ніг і сидіння хворого в ліжку, при нормальному самопочутті можна підняти його на ноги. При задовільному стані і нормальному перебізі післяопераційного періоду після видалення гриж, апендектомії хворим дозволяють вставати на 2-3-й день. Після складних операцій

(резекція шлунка, холецистектомія, резекція кишечника та ін.) хворих необхідно піднімати на 5-6 день за вказівкою лікаря.

Після операції на кінцівках, судинах, органах грудної клітки і інших вставати дозволяють в різні строки, індивідуально для кожного хворого.

Нагляд за пов'язкою. Необхідно уважно слідкувати, щоб пов'язка не просочилась кров'ю, не зсунулась, не оголила рану. При значному просочуванні пов'язки кров'ю слід негайно викликати лікаря і вжити заходів для зупинки кровотечі (при значній кровотечі притиснути рану, поставити міхур з льодом, тягар – мішечок з піском та ін.).

При чистих ранах, які добре загоюються, пов'язку міняють на другий день після операції і на 7-8 день після зняття швів.

При нагноєнні перев'язування проводять частіше, рану очищують, промивають антисептиком і дрениують.

Можливі ускладнення в ділянці рани і дренажів.

Ускладненнями з боку рани можуть бути: 1) біль; 2) кровотеча; 3) гематома; 4) нагноєння рани. Догляд за дренажами, їх необхідно подовжити і помістити в окремі посудини (пляшечки з-під розчинів). Для нормального відтоку рідини з відповідної ділянки черевної порожнини хворому необхідно надавати положення з ледь піднятим головним кінцем, на боці, спині та ін. Медична сестра повинна слідкувати за прохідністю дренажів і контролювати виділення з них (кількість, характер). Поява в дренажних трубках крові є ознакою післяопераційної кровотечі; вмісту шлунка або кишечника – недостатності швів анастомозу. Після видалення дренажних трубок треба теж слідкувати за станом пов'язки передньої черевної стінки, оскільки можливі виділення крові, ексудату.

Післяопераційний режим, дієта, ЛФК.

В післяопераційних хворих режим рухової активності повинен починатися якомога раніше. В кінці першої доби хворий повинен сидіти, потім-стояти потім ходити. Чим раніше він почне рухатися, тим менше може виникнути післяопераційних ускладнень.

Особливості годування хворих. Годування хворих після операції залежить від об'єму і характеру оперативного втручання. Годування хворих проводять тільки з дозволу і під контролем лікаря. Після операції на верхньому відділі шлунково-кишкового тракту (стравохід, шлунок) перші два дні хворому забороняють вживати будь-яку рідину і їжу. Дозволяють лише змочувати губи, язик перевареною водою за допомогою чайної ложечки, обгорнутої марлею. З третього дня після операції дозволяють пити мінеральну воду (без газу).

Годування хворих розпочинають з відновленням перистальтики кишечника. Дозволяють вживати свіжий кефір, йогурт, кисіль, бульйон, манну кашу, сирі яйця та ін.

При нормальному перебігу післяопераційного періоду хворому поступово розширюють дієту під контролем лікуючого лікаря.

Лікувальна фізкультура в післяопераційному періоді. Ранній післяопераційний період. Завдання ЛФК у цьому періоді: профілактика можливих ускладнень (гіпостатичної пневмонії, атонії шлунка і кишечника, утворення тромбозів, профілактика спайкового процесу, формування еластичного рухливого рубця і ін.). Поліпшення загального і місцевого кровообігу та лімфоутворення, підвищення психоемоційного тону хворого і навчання навичкам самообслуговування. Лікувальна гімнастика (ЛГ) протипоказана при загальному важкому стані хворого, зумовленому шоком, кровотечею, гострою серцево-судинною недостатністю, розлитим перитонітом, інтоксикацією організму.

Режим суворий постільний: положення хворого лежачи на спині; при відсутності протипоказань ЛГ призначається з перших годин після операції; у заняття включаються дихальні вправи статичного характеру з використанням прийомів відкашлювання і динамічних вправ для дистальних відділів кінцівок.

Режим постільний: положення хворого лежачи, напівсидячи і сидячи; широко використовується в заняттях вправи для всіх суглобів у сполученні з дихальними вправами статичного і динамічного характеру. ЛГ проводиться 3-4 рази в день по 5-7 хвилин індивідуальним методом. Рекомендуються і самостійні заняття

Пізній післяопераційний період.

Завдання ЛФК у пізньому післяопераційному періоді: відновлення життєво важливих функцій організму (кровообігу, дихання, травлення, обміну речовин), стимуляція процесів регенерації в області хірургічного втручання, зміцнення м'язів черевного преса, адаптація серцево-судинної системи й органів дихання до зростаючого фізичного навантаження.

Руховий режим палатний: у заняттях ЛГ використовуються активні для всіх суглобів і м'язових груп, дихальні вправи (статичного і динамічного характеру) і вправи для м'язів тулуба, що хворий виконує в положенні лежачи і сидячи. Тривалість заняття складає від 10 до 15 хвилин, проводиться 2-3 рази в день індивідуальним чи мало груповим методом. Рекомендовано дозовані прогулянки, елементи трудотерапії, малорухомі ігри.

Руховий режим вільний. Заняття ЛГ проводяться в гімнастичному залі мало груповим чи груповим методом протягом 20-30 хвилин. Широко використовуються фізичні вправи динамічного і статичного характеру для всіх груп м'язів і суглобів тулуба; вправи з гімнастичними знаряддями, з обтяженням і опором, у гімнастичної стінки. Різноманітяться вихідні положення при виконанні вправ: лежачи, сидячи та

стоячи. Рекомендується дозована ходьба в середньому темпі в межах 2-3 поверхів, малорухомі ігри. Можливі водяні процедури: обтирання, обливання і сонячні ванни (від 5 до 10 хвилин).

2.2.2. Сестринський догляд за пацієнтами з м'язими пов'язками

Накладати пов'язку повинна вміти кожна медична сестра в будь-яких умовах: на місці пригоди, в перев'язувальній, вдома та ін. Існують різні варіанти пов'язок, накладання яких вимагає відповідних навичок. Неправильно накладена пов'язка може викликати біль, сповзати, порушувати кровообіг певної ділянки тіла.

Необхідно слідкувати, щоб пов'язка була сухою і надійно ізолювала рану від навколишнього середовища. Вона повинна повністю закрити ушкоджену ділянку талії, захищати рану від подальшої травматизації і забезпечувати дію нанесених на неї препаратів. Пов'язку на рану слід накладати так, щоб вона не стискувала тканини, не підсилювала біль, не утруднювала дихання і кровообіг. Крім цього, пов'язка на будь-якій ділянці талії не повинна спричиняти незручності. Попадання на пов'язку сечі, калу, води з гірлоку може стати причиною нагноєння рани. Таку пов'язку необхідно відразу ж зняти.

Незалежно від характеру оперативного втручання і стану пов'язки на 2-ий день після первинної хірургічної обробки рани проводять перев'язку, видаляють серветки забруднені кров'ю. Краї рани змащують антисептиком і накладають нову асептичну пов'язку. Якщо рана не була зашита, краї рани обробляють одним із антисептиків, а її порожнину промивають водним розчином хлоргексидину, димексиду, діоксидину і ін. та накладають нову асептичну пов'язку.

Основне завдання лікування в післяопераційний період – не допустити нагноєння операційної рани. При появі перших ознак запалення в рані (підвищення температури тіла, поява болю, набрякості і ін.) слід провести її ревізію та перев'язку. При зміні пов'язки важливим правилом є дотримання асептики.

Перев'язку слід здійснювати тільки інструментальним способом, у стерильних рукавичках, не торкаючись руками до рани, перев'язувального матеріалу. Інструменти використовуються тільки для однієї перев'язки, потім їх повторно дезінфікують та стерилізують.

2.2.3. Сестринський догляд за пацієнтами з гіпсовою пов'язкою

При накладанні гіпсової пов'язки слід пам'ятати що вона твердне 10-20 хв. Увесь цей час загіпсовану ділянку тіла або кінцівку необхідно утримувати в заданому положенні. При застиганні пов'язка стає твер-

дою. Остаточне висихання гіпсу відбувається протягом доби. Пов'язка із сірої стає білою і при постукуванні чути дзвінкий звук. Для прискорення висихання гіпсової пов'язки можна проводити помірне її нагрівання лампою "Солюкс".

Після накладання гіпсової пов'язки, поки вона ще не висохла, на ній хімічним олівцем необхідно зазначити дату травми, накладання пов'язки та ймовірного зняття гіпсу.

Особливо уважно спостерігають за хворим у перші дні після накладання пов'язки. При накладанні гіпсової пов'язки завжди слід залишити відкритими пальці кінцівки, що дозволяє контролювати стан кровообігу в кінцівці. Медичний персонал, який доглядає хворих з гіпсовими пов'язками, повинен знати, що ушкодженій кінцівці слід надати підвищеного положення для профілактики стискання травматичним набряком. Хворого слід проінформувати про можливість стискання кінцівки гіпсовою пов'язкою. При тугій пов'язці у хворого з'являється біль у кінцівці, ціаноз, оніміння пальців, збільшується її набряк.

У цих випадках необхідно розрізати гіпсову пов'язку, тимчасово укріпити її бинтом або замінити. За час знаходження кінцівки або ділянки тіла в гіпсовій пов'язці необхідно слідкувати за її станом. При пошкодженні пов'язки, виникненні незручності для хворого її слід замінити. Потрібно знати, що не тільки надмірно тісна, але й надто вільна пов'язка може спричинити певні ускладнення. Якщо гіпсова пов'язка не досить сильно прилягає до поверхні кінцівки, то може виникати рухливість відламків, пошкодження кісткової мозолі, потертість та пухирі, які здатні інфікуватись. Ретельне дотримання методики накладання гіпсової пов'язки, постійний контроль за станом хворих та уважне ставлення до їх скарг є надійною профілактикою виникнення різних ускладнень.

Усі хворі, у тому числі з великими гіпсовими пов'язками, повинні приймати гігієнічну ванну не рідше одного разу на 10 днів. При цьому гіпсову пов'язку ретельно ізолюють від води і обмивають усі ділянки тіла, не закриті нею. Особливі труднощі виникають при догляді за хворими з травмами хребта і кісток тазу. Медичний персонал повинен пам'ятати, що таких хворих необхідно кілька разів на день перевертати із спини на живіт, піднімати головний кінець ліжка, створювати умови для активних рухів. Поряд із цим, необхідно слідкувати, щоб під час акту дефекації і сечовипускання гіпсова пов'язка не забруднювалась. Потрібно своєчасно підмивати хворого. Важливим профілактичним заходом різноманітних ускладнень у цієї категорії хворих є лікувальна фізкультура, навчання ходьби на милицях, користування візками.

2.2.4. Сестринський догляд за паліативними пацієнтами

Роль медичної сестри в паліативній медицині дуже відповідальна, тому що сестра має найбільший контакт із хворим і його родиною і виконує найбільший обсяг роботи.

Для того щоб глибше зрозуміти філософію паліативної допомоги, слід навести визначення ролі медсестри англійського фахівця Вірджинії Хендерсон: **"Унікальна роль медсестри полягає в допомозі людині – хворій або здоровій – і зводиться до підтримання здоров'я, або його відновлення, або сприяння мирній смерті і тому, що людина могла б зробити сама, без сторонньої допомоги, якби у нього були необхідні сили, воля і знання"**.

Для сестри медичної, що спеціалізується на наданні паліативної допомоги, найсуттєвішою є третя складова її професії – догляд за хворим з обмеженим прогнозом.

Основні функції сестри медичної:

- 1) визначення проблем пацієнта;
- 2) загальний догляд;
- 3) контроль симптомів: виконання призначень лікаря й прийняття самостійних рішень щодо окремих симптомів;
- 4) психологічна і соціальна підтримка пацієнта і його близьких;
- 5) навчання пацієнта і членів його родини;

Сестра медична повинна регулярно стежити за:

- зовнішнім виглядом пацієнта;
- станом ЦНС (притомність, адекватна поведінка);
- станом дихальної системи (частота, глибина, ритм дихання, патологічні типи ядухи);
- станом серцево-судинної системи (частота, ритм, наповнення і напруження пульсу; артеріальний тиск; центральний венозний тиск; водний баланс);
- станом органів травлення (випорожнення, відходження газів);
- станом сечової системи (добовий, денний, нічний діурез);
- температурою тіла;
- кольором шкірних покривів і видимих слизових оболонок;
- шириною зіниць і їх реакцією на світло, систематично перевіряти наявність рогівкового рефлексу, про який свідчитиме захисна реакція ока у відповідь на легке приторкування ватної пушинки до склери;
- постійний нагляд за голкою або катетером, введеним внутрішньовенно;

Про всі виявлені порушення сестра медична терміново повідомляє лікарів.

Результати спостереження, виконувани маніпуляції сестра медична відзначає в листку інтенсивного спостереження і терапії.

Надання родичам хворого емоційної і практичної підтримки, навчання основам догляду, роз'яснення планів лікування і змін, що відбуваються в стані пацієнта, підтримання у близьких упевненості, що з хворим поведуться якнайкраще – усе це пом'якшує тяжкість стресу, у якому перебувають родичі, і запобігає їх підвищеній захворюваності в період втрати.

Особливість стосунків хворого, його сім'ї і медичного персоналу в галузі паліативної медицини полягає в тому, що вони базуються на принципах взаємної співпраці. З хворим і його близькими обговорюються можливі варіанти лікування і догляду, рішення про ухвалення найприйнятніших з них приймаються спільно. Медичний патерналізм ("Ми фахівці і ми знаємо краще") або надання хворому повної самостійності в ухваленні рішень ("Це Ваше Здоров'я, Вам і вирішувати") недопустимі.

Психологічна допомога при наданні паліативної допомоги поділяється на три основних напрямки:

- робота з хворими;
- робота з родичами:
 - під час хвороби;
 - після смерті пацієнта;
- робота з персоналом відділення.

Робота з хворими. У термінальних хворих зростає або знову з'являється потреба в підтвердженні їхньої значущості, любові, прощенні й примиренні з самими собою, з тими, хто їх оточує, і Богом, у розумінні сенсу життя та смерті. Багато пацієнтів потребують духовної допомоги.

Одним з важливих розділів психологічної підтримки хворих є невербальна психотерапія, особливо фізичний контакт. Дуже часто саме тримання за руку, дотик допомогли побудувати близький емоційний контакт із хворими, які вважають себе заразними.

Необхідно зупинитися на чиннику присутності й часу. Відчуття самотності у хворого буває яскраво вираженим, тому найбільше, що можна дати пацієнтові в даному разі, – це наша присутність і наш час. Для хворих у стадії депресії це дуже важливий психотерапевтичний момент (особливо емпатія).

Мета індивідуальної психотерапії – допомогти людині знайти сенс життя, розділити його самотність, підтримати, допомогти хворому усвідомити свої тілесні, душевні, духовні потреби.

Робота з родичами під час хвороби їхнього близького. Турбота про родичів є важливою складовою турботи про вмираючого. Допомога родичам під час хвороби їхнього близького полягає в підтримці, підбадьорюванні, за потреби – навчанні прийомам догляду за хворим, у забезпеченні інформацією про особливості перебігу захворювання в термінальний період, про потреби хворого, способи їх задоволення.

Робота з родичами після смерті хворого. Після втрати близького родичі особливо, потребують психологічної підтримки. Велику психотерапевтичну дію справляють такі моменти: телефонні дзвінки з вираженням співчуття, листівки зі співчуттям, відвідини родичів удома, проведення груп підтримки або тематичних зустрічей для родичів. Такі зустрічі проводять один раз на 3 міс, вони мають неформальний характер і присвячені певній темі; на них присутні й працівники хоспісу. Ці зустрічі дають змогу проявити свої стримувані, а деколи і неусвідомлювані відчуття суму й печалі.

Робота з персоналом, який надає паліативну допомогу. Психологічна допомога персоналу передбачає такі елементи:

- просвітницьку роботу (на заняттях вивчають основи психологічних знань);
- ознайомлення під час індивідуальних бесід з психологічними особливостями конкретних пацієнтів і тактикою їхнього поведіння на певному етапі;
- для запобігання розвитку синдрому згорання і підтримки стомлених співробітників розробляють систему надання годин відпочинку з метою переключити їх на інший вид діяльності.

2.2.5. Дії сестри медичної при настанні смерті хворого

Агонія Спочатку спостерігається деяке підвищення артеріального тиску, збільшення частоти серцевих скорочень, іноді навіть відновлення свідомості (недовготривале, до декількох хвилин). Потім за цим, здавалося б, покращанням настає різке падіння артеріального тиску (до 10-20 мм рт.ст.), серцеві скорочення сповільнюються до 20-40 за хвилину, дихання стає нерівномірним, поверхневим, з рідкими короткими і глибокими дихальними рухами і, нарешті, зовсім припиняється, свідомість втрачається. Відбувається самовільний сечопуск і дефекація. Зіниці розширюються, зникає рогівковий рефлекс. Спостерігаються загальні тонічні судоми, знижується температура тіла. Тривалість агоніального періоду в пацієнтів, які помирають від хронічних захворювань – декілька годин. Ця стадія характеризується припиненням усіх функцій організму і водночас надзвичайним напруженням захисних пристосувань, що вже втрачають свою доцільність.

Біологічна смерть характеризується незворотними змінами в організмі.

Краще не залишати близьких наодинці з помираючим або померлим. Медична сестра повинна бути готова надати їм психологічну підтримку, запропонувати присісти, дати води. Вмирання – це розпад цілісності організму. Організм перестає бути саморегулюючою системою. Спочатку руйнуються ті елементи, які об'єднують організм у єдине ціле. Це, насамперед, нервова система. Найчутливіша до гіпоксії – кора великих півкуль головного мозку. Спочатку виникає активація клітин головного мозку, яка спричиняє рухове збудження, прискорення дихання і пульсу, підвищення артеріального тиску, а потім настає гальмування.

Біологічна смерть супроводжується:

- зупинкою діяльності серця;
- зупинкою дихання;
- розслабленням м'язів;
- охолодженням тіла до температури навколишнього середовища.

З'являються трупні плями синього кольору на нижніх частинах тіла. Лікар фіксує факт смерті і записує в карті стаціонарного хворого день і час.

Після того, як лікар зареєстрував факт смерті, необхідно:

- 1) поставити ширму біля ліжка померлого або вивезти ліжку в інше приміщення;
- 2) забрати подушку;
- 3) зняти одяг з померлого;
- 4) положити померлого на спину, закрити очі, підв'язати нижню щелепу, розігнути кінцівки;
- 5) накрити померлого простиралом.

Виконавши всі ці дії, труп залишають у відділенні на дві години.

Після цього труп оглядають, і при наявності так званих достовірних ознак смерті (трупне залякання, трупні плями, зниження температури тіла нижче 20°C) медична сестра записує чорнилом на бедрі померлого його прізвище та ініціали, номер карти стаціонарного хворого.

Труп перевозять на спеціальній каталці в патологоанатомічне відділення для наступного розтину із супровідним документом, який заповнює лікар.

Речі померлого, які були в нього у відділенні, збирають, описують і передають родичам. Цінності з померлого медична сестра знімає в лікувальному відділенні в присутності чергового лікаря, оформлюючи це актом, і також передають родичам.

Білизну з ліжка померлого, включаючи матрац, подушку й одяло, кладуть у мішок і віддають на дезінфекцію.

Ліжко і тумбочку дезінфікують відповідно до вимог санітарно-протиепідемічного режиму.

2.3. ЗАХОДИ ТА ЗАСОБИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФІКУВАННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

Інфекції, що передаються під час надання медичної допомоги (ІПН-МД), є одним з головних факторів, які погіршують результати лікування. Несприятливе значення ІПНМД підсилюється тим фактом, що захворювання, спричинені ними, не є прямим наслідком захворювання, з яким пацієнт звертається до лікувального закладу, проте можуть спричинити більш тяжкі розлади здоров'я, ніж це захворювання, і навіть смерть. Тож інфекційна безпека при проведенні догляду за пацієнтами є одним з головних критеріїв якості.

Заходи та засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами у ЗОЗ здійснюються згідно нормативних документів, які регламентують інфекційну безпеку та інфекційний контроль у ЗОЗ.

Примітка. В даному розділі надано загальні принципи сестринського догляду за пацієнтами. З метою покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам, зокрема сестринського догляду, у закладах охорони здоров'я розробляються і затверджуються керівником ЗОЗ стандарти (алгоритми) сестринського догляду, адаптовані до профілю роботи закладу охорони здоров'я.

РОЗДІЛ III БАЗОВІ ЗАХОДИ ПОРЯТУНКУ ЖИТТЯ У ДОРΟΣЛОГО

3.1. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Велике значення має зібраність та активність сестри медичної, уміння працювати в команді.

Для надання невідкладної допомоги необхідні знання ознак ушкоджень, клініки захворювань, принципів надання ургентної допомоги та медичне логічне мислення.

- починаючи виконувати алгоритм надання невідкладної допомоги паралельно викликати лікаря, користуючись допомогою молодшої медсестри (у випадку невідкладної допомоги за межами закладу охорони здоров'я – виклик швидкої медичної допомоги, залучаючи будь-яких осіб, що є поряд)
- усі дії сестри медичної повинні бути доцільними, обміркованими, рішучими, швидкими та зосередженими
- перш за все потрібно оцінити обставини події та огляд місця події на предмет безпеки при наданні невідкладної допомоги та здійснити можливі заходи з усунення дії ушкоджуючих факторів
- швидко та правильно оцінити стан пацієнта
- на підставі огляду та оцінки стану пацієнта визначити спосіб та послідовність надання невідкладної допомоги (алгоритм дій)

3.2. БАЗОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ – КРОК ЗА КРОКОМ

Європейська Рада Реанімації (ЄРР) підготувала ці керівні принципи з базових реанімаційних заходів, в основі яких лежить міжнародний консенсус 2020 року щодо наукових даних про серцево-легеневу реанімацію з рекомендаціями щодо терапії. Серед розглянутих тем – розпізнавання зупинки серця, сповіщення служби невідкладної допомоги, компресія грудної клітки (непрямий масаж серця), штучне дихання, автоматизована зовнішня дефібриляція (АЗД), обструкція дихальних шляхів стороннім тілом, вимірювання (оцінювання) якості СЛР, нові (сучасні/новітні) технології, безпека.

3.2.1. Базові реанімаційні заходи

Як розпізнати зупинку серця

- Почніть СЛР у будь-якої людини, що не подає ознак життя, з відсутнім або порушенням (порушеним) дихання (диханням).
- Повільне, утруднене дихання (агональне дихання) слід вважати ознакою зупинки серця.
- На початковому етапі після зупинки серця протягом короткого відрізка часу може(можете) спостерігатися судомні рухи. Оцініть стан особи після припинення нападу:
 - якщо вона не реагує та у неї відсутнє або ненормальне дихання, починайте (розпочніть) СЛР.

Як попередити (повідомити) служби порятунку

- Негайно сповістіть службу екстреної медичної допомоги (ЕМД) (EMS), якщо людина знаходиться у непритомному стані з відсутнім або ненормальним диханням.
- Пережожий (Випадковий свідок даної події) із мобільним телефоном повинен набрати номер EMS, активувати динамік або іншу функцію гучного зв'язку на мобільному телефоні і негайно розпочати СЛР (використовуючи телефонні вказівки диспетчера) за допомогою диспетчера.
- Якщо ви рятувальник і вам потрібно залишити постраждалого, щоб попередити EMS (ЕМД), спочатку повідомте (ЕМД) EMS, а потім приступайте до СЛР.

Якісний непрямий масаж серця

- Якомога швидше починайте (розпочніть) виконувати непрямий масаж серця.
- Виконуйте натискання у нижній половині грудни ("в центрі грудної клітини").
- Натискайте на глибину не менше 5, але не більше 6 см.
- Натискайте на грудну клітку зі швидкістю 100–120 натисків/ хв -1 з якомога меншою кількістю переривань.
- Дайте грудній клітці повністю випрямитися після кожного стиснення; не спирайтеся на груди (грудну клітку).
- Коли це можливо, виконуйте натискання на грудну клітку на твердій поверхні.

Штучне дихання

- Чергуйте 30 натискань та 2 вдихи.
- Якщо ви не можете забезпечити штучну вентиляцію легенів (легень), виконуйте безперервне натискання на грудну клітку.



Якщо під рукою є повітровід (орофарингеальний (вставляється в глотку через рот), назофарингеальний (вставляється через ніс), його слід ввести для полегшення прохідності дихальних шляхів (мал.1).

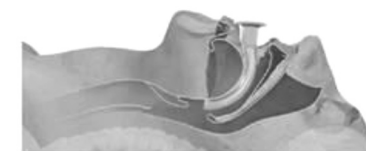
Назофарингеальний повітровід простіший у застосуванні для немедицинського персоналу (повинен бути в складі аптечок медичних загальновійськових індивідуальних). Розмір повітроводу підбирається заздалегідь під власника аптечки, повітровід зберігається в аптечці та використовується за потреби для надання допомоги власнику аптечки. Він не викликає блювотних реакцій, як орофарингеальний, та є більш компактним.

Для використання назофарингеального повітроводу потрібно:

- обробити повітровід лубрикантом, який є в комплекті, або іншим лубрикантом на водяній основі;
- акуратно закинути голову потерпілого, якщо нема підозр на травми хребта;
- акуратно обертаючи повітровід навколо своєї осі, увести його в ніздрю. Не слід намагатися силою проштовхнути його глибше.

Не можна використовувати назофарингеальний повітровід, якщо:

- мала місце травма голови і у потерпілого пошкоджено піднебіння або відкриті тканини мозку;
- з носа або вух тече прозора рідина. Це може бути спинномозкова рідина. Її наявність може вказувати на перелом кісток черепа.



а



б

Мал. 1. Орофарингеальний повітровід (а), назофарингеальний повітровід (б)

Після вставляння повітровою необхідно зробити 2 глибокі вдихи, і тільки наявність виходу теплого повітря з дихальних шляхів буде свідчити про відсутність у них стороннього тіла.

У тому випадку, якщо дихання відновлено, але потерпілий залишається в непритомному стані, його треба вкласти в найбільш безпечне для нього положення. При цьому обов'язково повинен бути врахований характер травми. Наприклад, у стійке бічне положення, яке підтримує прохідність дихальних шляхів, створюючи умови для відтоку крові і блювотних мас назовні і перешкоджає западанню язика, можна переводити уражених з черепно-мозковими ушкодженнями при загрозі блювоти, а також при отруєнні. У тому випадку, якщо є переломи, у такий стан можна перевести тільки після забезпечення нерухомості пошкодженого органу (імобілізації).

3.2.2. Автоматичний зовнішній дефібрилятор – АЗД

Як знайти АЗД

• Місце розташування АЗД повинне бути вказано чіткою та інформативною вівіскою.



Коли і як використовувати АЗД

• Як тільки АЗД надійде(буде доступний), або якщо такий вже є на місці,(де наявний постраждалий з зупинкою серця) зупинки серця, увімкніть його.

• Прикріпіть електродні прокладки (наліпки) до оголеної грудної клітки постраждалого відповідно до положення, вказаного на АЗД або на прокладках (наліпках).

• Якщо на місці події знаходиться більше одного рятувальника, продовжуйте СЛР, поки іншим рятувальником прикріплюються прокладки (наліпки).

• Дотримуйтеся голосових (та/або візуальних) підказок АЗД.

• Переконайтеся, що ніхто не торкається до постраждалого в той час, коли АЗД аналізує серцевий ритм.

• Якщо пристрій показує подачу (сигналізує про необхідність подачі)розряду,

переконайтеся, що ніхто не торкається постраждалого та натисніть кнопку подачі розряду, як буде запропоновано. Після голосового підтвердження приладом відправки розряду негайно повторіть(розпочніть) СЛР із 30 натисканнями на грудну клітку. та штучною вентиляцією легень.

• Якщо пристрій не показує подачу розряду, негайно повторіть (розпочніть) СЛР із 30 натисканнями на грудну клітку. та штучною вентиляцією легень.

• У будь-якому випадку продовжуйте СЛР, як це запропоновано АЗД. Перед тим, як АЗД запропонує подальшу паузу в проведенні СЛР для аналізу ритму, СЛР триватиме 2 хвилини. буде період СЛР (зазвичай 2 хвилини).

Натискання на грудну клітку перед дефібриляцією

• Продовжуйте СЛР, доки АЗД (або інший дефібрилятор) не прибуде на місце події та не буде увімкнений та прикріплений (присднаний) до постраждалого.

• Як тільки дефібрилятор буде готовий, не відкладайте дефібриляцію та негайно її проведіть для проведення додаткової СЛР.

Безпека

- Переконайтеся, що ви, постраждалий та будь-хто з сторонніх спостерігачів знаходяться у безпеці.
- Непрофесіонали повинні розпочати СЛР як для передбачуваної (при підозрі) зупинки серця, не побоюючись завдати шкоди постраждалому, у якого зупинка серця, можливо, відсутня.
- Непрофесіонали можуть безпечно виконувати непрямий масаж серця та використовувати АЗД, оскільки ризик зараження(ураження) під час натискання на грудну клітку та шкода від випадкового удару струмом під час використання АЗД дуже низькі.

ПОКРОКОВА ІНСТРУКЦІЯ (послідовність дій)

- **Безпека** (переконайтеся у відсутності небезпеки для вас, потерпілого та присутніх)
- **Відповідь** (перевірити реакцію на вербальні подразники)
- **Дихальні шляхи** (якщо відповідь відсутня, повернути потерпілого на спину та, поклавши одну руку на чоло, а іншу на підборіддя легко та ніжно розігнути голову потерпілого назад, привідкривши рот)
- **Оцінка дихання** (дивитися, слухати, відчувати – не довше 10 сек ; ледь помітне дихання, а також нечасті, повільні та шумні вдихи **не вважаються** нормальним диханням)
- **Відсутність дихання або аномальне дихання** (якщо дихання відсутнє або ж аномальне – повідомити служби екстреної медичної допомоги та залишатися біля потерпілого)
- **Автоматичний зовнішній дефібрилятор** (відправити іншу людину за дефібрилятором, за відсутності - розпочинати СЛР)
- **Розпочати СЛР** (компресії та вдихи) *

* Згідно оновлених гайдлайнів, алгоритм С-А-В не змінився.

Послідовність дій	Техніка виконання
БЕЗПЕКА	Упевніться, що Ви, постраждалий та усі присутні у безпеці
РЕАКЦІЯ Перевірте наявність реакції	Обережно потрясіть постраждалого за плече та голосно зверніться до нього: "З Вами все гаразд?"
ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ Відкрийте дихальні шляхи	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо постраждалий не реагує, поверніть його на спину • Закиньте голову постраждалого назад, поклавши долоню однієї руки на лоб та піднявши підборіддя кінчиками пальців іншої руки
ДИХАННЯ "Почуйте, побачте та відчуйте" дихання	<ul style="list-style-type: none"> • Протягом не більше ніж 10 секунд визначте наявність дихання за допомогою прийому "чути, бачити, відчувати" • Поодинокі, рідкі, повільні та гучні "подихи" у постраждалого не є нормальними.
ВІДСУТНЄ АБО ПАТОЛОГІЧНЕ ДИХАННЯ Виклик екстреної медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо дихання відсутнє, або не є нормальним, попросіть присутніх викликати бригаду екстреної медичної допомоги, або зробіть це самостійно • За можливості не залишайте постраждалого • Активуйте на телефоні гучномовець, або режим "вільні руки" задля одночасного проведення СЛР та спілкування з диспетчером швидкої допомоги
ЗНАЙДІТЬ АЗД Відправте когось за найближчим АЗД	<ul style="list-style-type: none"> • Відправте когось з присутніх за найближчим автоматичним зовнішнім дефібрилятором (АЗД), якщо такий є в наявності • Якщо Ви наодинці, НЕ ЗАЛИШАЙТЕ постраждалого та розпочинайте СЛР
КРОВООБІГ Розпочніть компресії грудної клітки	<ul style="list-style-type: none"> • Схиліться до постраждалого з однієї сторони • Покладіть основу однієї долоні у центр грудної клітки постраждалого, що відповідає нижній половині грудини • Основу другої долоні покладіть над першою та зчепіть пальці в замок • Тримайте руки випрямленими • Розташуйтеся вертикально над грудною кліткою постраждалого та натискайте на грудину з глибиною компресій не менше 5 см (але не більше 6 см) • Після кожної компресії звільняйте грудну клітку від тиску, не відриваючи Ваші руки від грудини • Повторюйте в темпі 100-120 рухів за 1 хвилину

КОМБІНУЙТЕ ШТУЧНЕ ДИХАННЯ З КОМПРЕСІЯМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ	<p>Якщо у Вас є відповідна підготовка, після 30 компресій знову відкрийте дихальні шляхи використовуючи закидання голови та підйом підборіддя</p> <ul style="list-style-type: none"> • За допомогою руки, що розташована на лобі, затисніть ніс постраждалого вказівним і великим пальцем • Дозвольте роту бути відкритим, але підтримуйте підборіддя • Зробіть нормальний вдих та обхопіть рот постраждалого Вашими губами таким чином, щоб це було герметично • Рівномірно вдуйте повітря, спостерігаючи за підйомом грудної клітки, що має тривати приблизно 1 секунду, як при нормальному диханні. Ефективним вважається саме такий штучний вдих • Підтримуючи голову закинutoю, а підборіддя піднятим, відірвіть свого рота від рота постраждалого та спостерігайте чи опускається його грудна клітка під час видиху • Ще раз зробіть нормальний вдих та вдуйте ще раз у рот постраждалого для досягнення двох повних штучних вдихів. • Не переривайте компресії грудної клітки більш як на 10 секунд для виконання штучних вдихів, навіть якщо один або обидва з них є неефективними • Далі поверніть Ваші руки у правильну позицію на грудину постраждалого та робіть наступні 30 компресій грудної клітки • Продовжуйте компресії грудної клітки та штучне дихання у співвідношенні 30:2
СЛР "ТІЛЬКИ КОМПРЕСІЇ"	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо у Вас немає відповідної підготовки, або Ви не маєте можливості проводити штучне дихання, виконуйте СЛР за принципом "тільки компресії" (безперервні компресії у темпі 100-120 рухів за 1 хвилину)
КОЛИ НАДІЙШОВ АЗД Увімкніть АЗД та накладіть електроди	<p>Як тільки надійде АЗД, увімкніть його живлення та накладіть електроди на оголену грудну клітку постраждалого</p> <ul style="list-style-type: none"> • Якщо допомогу надає більше ніж одна особа, СЛР має продовжуватися з накладеними на грудну клітку електродами

ДОТРИМУЙТЕСЬ ГОЛОСОВИХ/ВІЗУАЛЬНИХ ВКАЗІВОК	<ul style="list-style-type: none"> • Дотримуйтесь голосових та візуальних вказівок зовнішнього автоматичного дефібрилятора • Якщо пропонується застосувати розряд, упевніться що до постраждалого ніхто не торкається • Натисніть на кнопку розряду відповідно до вказівок • Після цього негайно відновіть СЛР та продовжуйте відповідно до вказівок АЗД
ЯКЩО ВИКОРИСТАННЯ РОЗРЯДУ НЕ ЗАПРОПОНОВАНО Продовжуйте СЛР	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо застосування розряду не пропонується, негайно відновіть СЛР та продовжуйте відповідно до вказівок АЗД
ЯКЩО АЗД НЕ ДОСТУПНИЙ Продовжуйте СЛР	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо АЗД не доступний, АБО Ви очікуєте його надходження, продовжуйте СЛР • <u>Не переривайте реанімаційні заходи доки:</u> • медичний працівник не скаже Вам зупинитися АБО постраждалий безсумнівно почне приходити до свідомості, рухатися, відкривати очі та нормально дихати АБО • Ви не втомитеся • Робота серця під час СЛР відновлюється рідко. Продовжуйте СЛР за виключенням повної впевненості у відновленні свідомості постраждалого. • <u>Ознаки відновлення свідомості постраждалим:</u> • пробудження • рухи • відкриття очей • нормальне дихання
ЯКЩО ПОСТРАЖДАЛИЙ НЕ РЕАГУЄ, АЛЕ НОРМАЛЬНО ДИХАЄ Перемістити у стабільне положення	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо Ви впевнені, що постраждалий нормально дихає, але залишається без свідомості, перемістіть його у стабільне положення • Будьте готові відновити СЛР негайно, якщо постраждалий не реагуватиме на подразники, матиме патологічне або відсутнє дихання

3.3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОЗНАК НЕОБХІДНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

3.3.1. Як розпізнати зупинку серця

Практичне, оперативне визначення зупинки серця – це випадок, коли людина не реагує на відсутність або порушення дихання. 5 Попередні керівні принципи включали відсутність пальпованого пульсу, як важливого критерію для визначення зупинки серця. Але надійне виявлення периферійних імпульсів (периферичного пульсу) у стресових надзвичайних ситуаціях виявилось складним як для професіоналів, так і для нефахівців.

Невідповідність і ненормальне дихання очевидно збігаються з іншими потенційно небезпечними для життя надзвичайними ситуаціями, але мають дуже високу чутливість, як діагностичні критерії зупинки серця. Використання цих критеріїв буде помірно переоцінює стану постраждалого стосовно зупинки серця, проте вважається, що ризик початку СЛР у пацієнта без ознак життя з відсутнім або аномальним диханням переважає ризик смерті, пов'язаної із затримкою СЛР для постраждалих із зупинкою серця.

Агональне дихання

Агональне дихання – це ненормальний характер дихання, який спостерігається приблизно у 50% постраждалих із зупинкою серця. Воно вказує на функціонування мозку і пов'язане з поліпшенням результатів. Агональне дихання, зазвичай, неправильно трактується, як ознака (наявності дихання та життя загалом) життя, будучи (що є частою причиною затримки початку) перешкодою для початку реанімації нефахівцями та диспетчерами служби екстреної медичної допомоги. До загальних ознак, якими нефахівці описують агональне дихання, належать: задишка, слабе або рідке(різко сповільнене) дихання, стогін, зітхання, булькання, шум, охання, сопіння, важке або утруднене дихання. Агональне дихання залишається найбільшим бар'єром для розпізнавання ПЛЗС.

Раннє розпізнавання агонального дихання є необхідною умовою ранньої СЛР та дефібриляції, а нездатність диспетчерів розпізнати зупинку серця під час екстрених дзвінків пов'язана(призводить до зниження) зі зниженням відсотка осіб, що вижили. Зосереджуючись на розпізнаванні агонального дихання, як для рядових рятувальників, так і для фахівців, що виконують СЛР, важливо підкреслити, що ризик затримки СЛР для постраждалого з зупинкою серця значно перевищує будь-який ризик проведення СЛР особі, яка не перебуває в стані зупинки серця. Неправильне тлумачення агонального дихання, як ознаки життя, може змусити випадкових свідків помилково помістити (пере-

містити) постраждалих від(із) зупинкою серця у рятівне положення замість того, щоб розпочати СЛР.

Судоми

Короткотривалі рухи, подібні до судом, серед пацієнтів(постраждалих) із зупинкою серця створюють ще один важливий бар'єр для його розпізнавання. Судоми є поширеними невідкладними медичними ситуаціями, які за різними даними становлять близько 3-4% усіх викликів невідкладної медичної допомоги. 24-26 Тільки 0,6–2,1% цих дзвінків – це також зупинка серця.

Нещодавнє обсерваційне дослідження, що включало 3502 ПЛЗС, виявило 149 (4,3%) жертв із подібною до судом активністю. 28 Пацієнти з подібною судомною активністю були молодшими (54 проти 66 років; $p < 0,05$), частіше спостерігалася зупинка серцевої діяльності (88% проти 45%; $p < 0,05$), частіше були з початковим шокним ритмом серця (52% проти 24%; $p < 0,05$) і частіше доживали до виписки з лікарні (44% проти 16%; $p < 0,05$). Подібно до агонального дихання, судоми ускладнюють розпізнавання зупинки серця як для неспеціалістів, так і для фахівців (середній час до ідентифікації зупинки серця диспетчером; 130 с проти 62 с; $p < 0,05$).²⁸

Розпізнавання зупинки серця після судом, коли постраждалий залишається без ознак життя з аномальним диханням, важливе для запобігання затримки початку СЛР. Ризик затримки СЛР для постраждалого із зупинкою серця набагато перевищує будь-який ризик проведення СЛР особі, яка не перебуває в стані, коли наявна зупинка серця.

3.3.2. Попередження аварійних служб

Практичне питання про те, "чи дзвонити першим(спочатку)" чи "спочатку СЛР", обговорювалось, і це особливо актуально, коли в умовах надзвичайної ситуації немає негайного доступу до телефону. Оскільки мобільні телефони стали домінуючою формою телекомунікацій, виклик екстрених служб не обов'язково означає затримку СЛР.

Оцінивши та обговоривши результати нещодавнього систематичного огляду, ILCOR розробив рекомендацію, що у разі, якщо поряд з постражданим знаходиться тільки одна людина, за допомогою мобільного телефону набирається номер ЕПМД, активується динамік або інша опція гучного зв'язку на мобільному телефоні та негайно розпочинається СЛР. Ця рекомендація базувалася на консенсусі експертів та на дуже низьких показниках достовірності, отриманих в ході одного обсерваційного дослідження. Спостережне дослідження з Японії включало 5446 ПЛЗС та порівнювало результати між пацієнтами для випадків стратегії "спочатку СЛР" або "спочатку зателефонуй". Загальний кое-

фіцієнт виживання був дуже подібним між стратегіями "спочатку зателефонуй" та "спочатку СЛР", проте скоригований аналіз, проведений у різних підгрупах, передбачає поліпшення виживання зі сприятливим неврологічним результатом для стратегії "спочатку СЛР" порівняно зі стратегією "спочатку зателефонуй".

Спостережне дослідження, що підтримувало стратегію "спочатку СЛР", було обмежене тільки включенням випадків, коли свідками ПЛЗС були нефактивні і самовільно проводили СЛР (без необхідності допомоги диспетчера), а групи, що порівнювались, були різними щодо віку, статі, початкового ритму, характеристики спостерігачів СЛР та інтервали ЕПМД.

Незважаючи на дуже низьку достовірність доказів, ILCOR дав суперечливу настійну рекомендацію наголосити на важливості якомога раніше розпочати СЛР випадковим свідком.

Незважаючи на широку доступність мобільних телефонів, трапляються ситуації, коли одному рятувальнику може знадобитися залишити постраждалого, щоб сповістити службу порятунку. Вибір або розпочати СЛР, або спочатку сповістити ЕПМД залежатиме від точних обставин, але розумно було б визначити пріоритет якомога швидшого повідомлення ЕПМД перед тим, як повернутися до постраждалого для розпочатку СЛР.

3.3.3. Якісний непрямий масаж серця

Непрямий масаж серця є ключовим компонентом ефективної СЛР, як широко доступного засобу для забезпечення перфузії органів під час зупинки серця. Ефективність непрямого масажу серця залежить від правильного положення рук та глибини натискання стискання на грудну клітку, швидкості та ступеня її віддачі. Будь-які паузи під час натискання на грудну клітку означають паузи у перфузії органів, і, отже, їх потрібно звести до мінімуму, затримавши ішемію внутрішніх органів ішемічну травму.

Положення рук під час натискання

Докази оптимального положення рук були розглянуті ILCOR у 2020 році. Ці висновки змусили ILCOR зберегти свої поточні рекомендації та продовжувати пропонувати виконувати непрямий масаж серця у нижній половині груднини у дорослих під час зупинки серця (слабка рекомендація, докази дуже низької достовірності).

Відповідно до рекомендацій щодо лікування ILCOR, ЕРР рекомендує навчати, що непрямий масаж серця слід виконувати "в центрі грудної клітки", демонструючи при цьому положення рук у нижній половині груднини.

Глибина натискання, частота і віддача грудної клітки(стінки)

Ці керівні принципи базуються на рекомендаціях ILCOR.

Відповідно до Рекомендацій щодо проведення реанімації ILCOR, ЄРР рекомендує ступінь компресії грудної клітки від 100 до 120 хв -1 та глибину компресії 5-6 см, уникаючи нахилиння(спирання) на грудну клітку між натисканнями.

Тверда поверхня

У 2020 році ILCOR оновив Консенсус щодо даних наукових досліджень та рекомендацій з реанімації для проведення СЛР на твердій поверхні.

Відповідно до Рекомендацій щодо реанімації ILCOR, ЄРР пропонує, коли це можливо, виконувати непрямий масаж серця на твердій поверхні.

У стаціонарних умовах НЕ рекомендується переміщувати пересувати пацієнта з ліжка на підлогу.

ЄРР не рекомендує використовувати щит.

3.3.4. Штучне дихання

Співвідношення натискань та вдихів (CV)

ILCOR оновив Консенсус щодо даних наукових досліджень та рекомендацій з реанімації стосовно співвідношення між натисканнями під час непрямого масажу серця та вдиханнями під час штучного дихання (CV) у 2017 році.

Відповідно до рекомендацій ILCOR щодо реанімації, ЄРР рекомендує чергувати 30 натискань та 2 вдихи під час проведення СЛР як для рятувальника-непрофесіоналом, так і професіоналом.

СЛР з виключно непрямим масажем серця

Роль вентиляції та оксигенації на початковій стадії реанімації після зупинки серця залишається предметом дискусій. ILCOR провів систематичні огляди тільки виконання натискань порівняно зі стандартною СЛР як для рятувальника-непрофесіонала, так і для фахівців або параметрів парамедиків ЕПМД.

Відповідно до рекомендацій ILCOR щодо реанімації, ЄРР рекомендує чергувати 30 натискань та 2 вдихи під час проведення СЛР як для рятувальника-непрофесіоналом, так і професіоналом.

3.3.5. Автоматизований зовнішній дефібрилятор-АЗД

АЗД (автоматизований зовнішній дефібрилятор або, рідше його називають, автоматичний зовнішній дефібрилятор) – це портативний пристрій на батарейках з клейкими (наліпками) прокладками, які прикріп-

лені (прикріплюються) до грудної клітки (стінки) пацієнта для виявлення та оцінки серцевого ритму після підозри на (щодо) зупинки серця.

Іноді може знадобитися поголити грудну клітку (стінку), якщо вона дуже волохата (волосиста) та/або електроди не будуть міцно прилипати. Якщо ритмом є фібриляція шлуночків (або безімпульсна шлуночкова тахікардія), оператору (рятувальнику) подається звуковий або звуковий та візуальний запит (сигнал) про подання заряду (необхідність розряду) постійного струму.

За інших серцевих ритмів (включаючи асистолію та нормальний ритм) розряд не рекомендується.

Подальші підказки повідомляють оператору (рятувальнику), коли розпочинати та зупинити СЛР. АЗД дуже точно інтерпретують серцевий ритм і є безпечними та ефективними, якщо ними користуються навіть непрофесіонали.

Ймовірність виживання після ПЛЗС може бути помітно збільшена, якщо постраждалому негайно проводять СЛР та застосовують дефібрилятор. АЗД дозволяють неспеціалістам (непрофесіоналам) робити спроби дефібриляції після зупинки серця за багато хвилин до прибуття професійної допомоги. Кожна хвилина затримки початку проведення СЛР зменшує ймовірність успішної реанімації приблизно на **3-5%**. 94

Натискання на грудну клітку перед дефібриляцією

ILCOR оновив Консенсус щодо даних наукових досліджень та рекомендацій з реанімації для проведення СЛР перед дефібриляцією у 2020 р.

ILCOR пропонує короткий період СЛР, поки дефібрилятор не буде готовий до аналізу та/або дефібриляції за неспостережуваної зупинки серця.

Відповідно до Рекомендацій ILCOR щодо реанімації, ЄРР рекомендує продовжувати СЛР до тих пір, поки АЗД не буде на місці, не буде ввімкнено та прикріплено(приєднано) до постраждалого, але дефібриляція повинна проводитися без затримки для додаткової СЛР.

Розміщення електродів

ILCOR завершив попередній огляд розміщення плоских електродів АЗД у 2020 році, шукаючи будь-які наявні докази для встановлення оптимального розміщення та розміру електродів.

ILCOR продовжує рекомендувати накладати плоскі електроди на відкриту грудну клітку в передньо-латеральному положенні.

Прийнятним альтернативним положенням є передньо-заднє.

У осіб з великим розміром грудної клітки доцільно розміщувати лівий електрод збоку або під лівою частиною грудей, уникаючи тканин молочної залози. Слід враховувати швидке видалення надмірного во-

лося на грудях перед накладанням електродів, проте акцент повинен робитися на мінімізації затримки подачі розряду.

Існує недостатньо доказів для рекомендації конкретного розміру електрода для оптимальної зовнішньої дефібриляції у дорослих. Однак доцільно використовувати електрод розміром більше 8 см. (у діаметрі?)

Відповідно до Рекомендацій ILCOR щодо реанімації та з метою уникнення плутанини особі, яка використовує АЗД, робоча група ЄРР БРЗ рекомендує прикріпити електроди до оголеної грудної (стінки) клітки постраждалого з використанням передньо-бічного положення, як показано на АЗД.

3.3.6. Безпека

Шкода особам, що виконують СЛР

Ці керівні принципи базуються на огляді ILCOR, попередніх Керівних принципах ЄРР БРЗ 2015 року та нещодавно опублікованому консенсусі ILCOR щодо даних наукових досліджень та рекомендацій з реанімації та аналізі робочої групи, систематичному огляді ILCOR, та рекомендаціях ЄРР COVID-19.

Відповідно до рекомендацій ILCOR щодо реанімації, ЄРР рекомендує рятувальникам-неспіціалістам (непрофесіоналам) виконувати непрямий масаж серця та застосовувати АЗД, оскільки ризик пошкодження від випадкового розряду під час використання АЗД є низьким.

Оскільки рівень зараження SARS CoV-2 продовжує зростати у всьому світі, наше уявлення про безпеку під час СЛР глибоко змінилося.

Отримані рекомендації стосуються непрофесіоналів, які повинні розглянути питання про компресію грудної клітки та дефібриляцію у місцях громадського доступу під час пандемії COVID-19. Однак ILCOR чітко рекомендує медичним працівникам використовувати засоби індивідуального захисту для всіх процедур, що можуть призвести до виділення аерозолів. Наступні керівні принципи ЄРР наголошують на необхідності дотримуватись поточних порад місцевих органів влади, оскільки рівень зараження ризичиться залежно від регіону.

Для неспіціаліста-рятувальника-непрофесіонала важливо дотримуватись вказівок диспетчера служби порятунку.

ЄРР опублікувала керівні принципи щодо модифікованих БРЗ у разі підозри або підтвердженого COVID-19. Найважливіші зміни стосуються використання засобів індивідуального захисту, оцінки дихання, не наближення до носа та рота постраждалого, та визнання штучного дихання як потенційної процедури утворення аерозолу з більшим ризиком передачі захворювання.

Деталі можна знайти в керівних принципах ЄРР COVID-19. (www.EPP.edu/COVID)

3.3.7. Шкода від СЛР для постраждалих, у яких не виявлено зупинки серця

Рятівники-непрофесіонали можуть не хотіти проводити СЛР особам без ознак життя з відсутнім або ненормальним диханням, через занепокоєння тим, що здавлення грудної клітки особі без зупинки серця може завдати їй серйозної шкоди. Докази шкоди від проведення СЛР постраждалому без зупинки серця було розглянуто ILCOR у 2020 році.

ILCOR рекомендує неспіціалістам розпочати СЛР у ситуації передбачуваної зупинки серця без побоювань щодо шкоди пацієнтам, у яких немає зупинки серця. Керівні принципи ЄРР узгоджуються з Рекомендаціями ILCOR щодо реанімації.

3.4. ОБСТРУКЦІЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ СТОРОННІМ ТІЛОМ

Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом (ОДШСТ) є загальною проблемою, оскільки багато випадків легко усуваються без необхідності залучати медичних працівників.

Оскільки більшість таких випадків пов'язані з прийомом їжі, часто присутні свідки і, потенційно, існує можливість виправити (усунути таку) ситуацію.

Постраждалий спочатку перебуває у свідомості та реагує на подразнення, тому часто існує можливість для раннього (реагування) втручання, що може врятувати життя. На кожен випадок, що призвів до госпіталізації або смерті, існує набагато більше таких, які ефективно усуваються першою допомогою в осіб (особами), що знаходяться поряд.

Розпізнавання

Визначення обструкції дихальних шляхів є запорукою успішного результату.

Важливо не плутати цю надзвичайну ситуацію із непритомністю, інфарктом міокарда, судомами або іншими станами, які можуть спричинити раптовий дихальний дистрес, ціаноз або втрату свідомості.

Фактори, які ставлять людей під загрозу ОДШСТ, включають вживання психотропних ліків, алкогольну інтоксикацію (алкогольне сп'яніння), неврологічні стани, що викликають зниження ковтальних і кашлевих рефлексів, психічні розлади, порушення розвитку, деменція, поганий зубний ряд та старший вік.

Сторонні тіла, через які найчастіше виникає пов'язані з непрохідністю дихальних шляхів - це тверді речовини, такі як горіхи, виноград, насіння, овочі, м'ясо та хліб. Зокрема, діти також можуть класти в рот різні предмети (елементи іграшок, тощо).

Стороннє тіло може опинитися у верхніх дихальних шляхах, трахеї або нижніх дихальних шляхах (бронхи та бронхіоли).

Обструкція дихальних шляхів може бути частковою або повною. За часткової обструкції дихальних шляхів повітря все ще може проходити навколо перешкоди, забезпечуючи деяку вентиляцію та здатність кашляти. Повна обструкція дихальних шляхів виникає тоді, коли навколо перешкоди не може пройти повітря. У разі відсутності дій, повна обструкція дихальних шляхів швидко призведе до гіпоксії, втрати свідомості та зупинки серця(серцевої діяльності) протягом кількох хвилин. Своєчасні дії мають вирішальне значення.

Алгоритм дій щодо дорослого з ОДШСТ.

Важливо запитати постраждалого у свідомості: "Ти задихаєшся?" ("ТІ подавився?"). Потерпілий, який здатний говорити, кашляти і дихати, має легку(незначну) перешкоду; той, хто не може говорити, має слабшаючий кашель, не може дихати, має серйозну обструкцію дихальних шляхів.

Дії під час обструкції дихальних шляхів стороннім тілом

Керівні принципи щодо дій під час ОДШСТ, про які повідомляється систематичним оглядом ILCOR та CoSTR., підкреслюють важливість раннього втручання сторонніх осіб.

Зробити припущення про задуху(вдавлення) можна у тому випадку, якщо(коли)

особа, що їсть, раптово втрачає здатність говорити або не може вимовити жодного слова.

- Попросіть потерпілого почати кашляти.
- Якщо кашель не діє(допоміг), зробіть до 5 ударів по спині:
- Нахиліть постраждалого вперед, підтримуючи його.
- Нанесіть удари між лопатками основою долоні однієї руки
- Якщо удари по спині не діють, зробіть до 5 натискань на живіт:
 - Встаньте за спиною постраждалого і обійміть обома руками його верхню частину живота.
 - Нахиліть постраждалого вперед.
 - Стисніть кулак і покладіть його між пупком і грудною кліткою.
 - Візьміться за кулак іншою рукою і різко потягніть на себе і вгору.
- Якщо постраждалий продовжує задихатися після 5 натискань на живіт, продовжуйте чергувати 5 ударів по спині з 5 натисканнями на живіт, поки постраждалому не полегшає, або він не втрапить свідомість.
- Якщо постраждалий втратив свідомість, почніть(розпочніть) СЛР за уніфікованим алгоритмом базової підтримки життя.

Притомний пацієнт із непрохідністю стороннього тіла в дихальних шляхах

Слід заохочувати людину, яка перебуває у свідомості і здатна кашляти, до кашлю, оскільки кашель створює високий і стійкий тиск у дихальних шляхах і може вигнати(сприяти видаленню) чужорідне(стороннього) тіла.

Активні дії, спрямовані на проведення ударів по спині, натискання на живіт та натискання на грудну клітку, підвищують ризик травмування і навіть можуть поглибити обструкцію. Ці процедури, зокрема, натискання на живіт, призначені для потерпілих, у яких є ознаки важкої обструкції дихальних шляхів, такі як неможливість кашляти або втома(дихати).

Якщо кашель не дозволяє видалити перешкоду або потерпілий починає проявляти ознаки втоми(важкої обструкції дихальних шляхів), завдати(нанести) до 5 ударів по спині. Якщо вони не діють, зробіть до 5 натискань на живіт. Якщо обидві ці дії не дали бажаного результату, продовжуйте подальші серії з 5 ударів по спині з наступними 5 натисканнями на живіт.

Потерпілий непритомний з непрохідністю стороннього тіла в дихальних шляхах

Якщо в будь-який момент потерпілий втрачає свідомість з відсутнім або ненормальним диханням, починають здавлювати(натискати на) грудну клітку відповідно до стандартного алгоритму реанімації БРЗ і продовжують до тих пір, поки(у потерпілого не з'являться ознаки відновлення серцевої діяльності) потерпілий не прийде до тями і (він)не розпочне нормально дихати, або не прибудуть екстрені служби.

Обґрунтування цього полягає в тому, що компресія створює в грудній клітці вищий тиск на дихальні шляхи, ніж натискання на живіт, і потенційно може полегшити негативний вплив перешкоди, одночасно забезпечуючи певний серцевий викид.

Ймовірність успіху збільшується, коли використовуються комбінації ударів по спині та натискання на живіт, а у разі необхідності необхідності – натискання на груди(грудну клітку).

Сліпе очищення ротової порожнини пальцями рятувальника, як засіб(спосіб) видалення невидимого твердого матеріалу, може погіршити обструкцію дихальних шляхів або спричинити травмування м'яких тканин.

Спробуйте очищення пальцями тільки (за умови) тоді, коли у роті чітко видно перешкоду (стороннє тіло). Використання щипців Magill кваліфікованими медичними працівниками виходить за межі передбачуваної аудиторії згідно з керівними принципами СРР БРЗ і, отже, не включається в ці рекомендації.

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

Альтернативні методи

В останні роки стали комерційно доступними пристрої з ручним всмоктуванням для відсмоктування з дихальних шляхів та видалення сторонніх тіл.

Наступний догляд та направлення на медичний огляд

Після успішного усунення проблеми ОДШСТ, чужорідний матеріал, тим не менше, може залишатися у верхніх або нижніх дихальних шляхах і пізніше викликати ускладнення.

Отже, потерпілих із постійним кашлем, утрудненим ковтанням або відчуттям того, що предмет все ще застряг у горлі(наявний у дихальних шляхах), слід направляти на медичний огляд.

Нагискання на живіт та здавлення (стиснення) грудної клітки (клітини) можуть, потенційно, спричинити серйозні травми внутрішніх органів,

Всіх потерпілих, у яких успішно усувається(усунулась) проблема за допомогою цих заходів, повинен оглянути кваліфікований лікар і, при необхідності, пройти визначені діагностичні заходи.

Примітка. В даному розділі подані основні теоретичні принципи базового порятунку життя у дорослих.

На відповідних навчальних базах післядипломної освіти (симуляційних центрах) сестри медичні проходять програмний цикл навчання із відпрацюванням практичних навичок.

4.1. ВИМОГИ ДО ПРИМІЩЕНЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

4.1.1. Експлуатація обладнання та приміщень ЗОЗ, призначених для зберігання лікарських засобів, має забезпечувати збереження їх якості протягом усього терміну придатності. Кількість площ і приміщень для зберігання визначається кількістю лікарських засобів, які в них зберігаються, з урахуванням їх токсикологічних, фармакологічних груп та фізико-хімічних властивостей.

4.1.2. Приміщення для зберігання лікарських засобів згідно з чинними вимогами забезпечуються охоронними та протипожежними засобами.

4.1.3. Приміщення для зберігання лікарських засобів мають забезпечувати захист лікарських засобів від пилу та сторонніх запахів.

4.1.4. У приміщеннях для зберігання лікарських засобів слід підтримувати температуру і вологість повітря, які відповідають вимогам інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Для спостереження за цими параметрами приміщення, де зберігаються лікарські засоби, мають бути забезпечені термометрами і гігрометрами. Холодильне обладнання для зберігання лікарських засобів має бути оснащено термометрами.

4.1.5. Отримані дані щоденно заносяться до журналу або картки обліку температури та відносної вологості. Записи про температуру і відносну вологість регулярно перевіряє уповноважена особа.

4.1.6. Необхідно забезпечити справність усіх засобів вимірювальної техніки і проводити їх регулярну метрологічну перевірку.

4.1.7. Приміщення для зберігання мають бути обладнані витяжною вентиляцією, якщо це неможливо - кватирками, фрамугами.

4.1.8. Приміщення для зберігання слід забезпечити необхідною кількістю стелажів, шаф, холодильників, піддонів, підтоварників з дотриманням необхідних умов освітлення тощо. Забороняється зберігати лікарські засоби на підлозі.

4.1.9. Приміщення ЗОЗ, де зберігаються лікарські засоби, прибирають вологим способом не рідше одного разу на день із використанням дозволених до застосування миючих та дезінфекційних засобів.

4.2. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ПРИМЩЕННЯХ ЗОЗ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

4.2.1. Лікарські засоби слід зберігати окремо за фармакологічними групами залежно від способу їх введення, з урахуванням їх фізико-хімічних властивостей, відповідно до вимог інструкції про застосування лікарських засобів

4.2.2. Наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори зберігають в ЗОЗ відповідно до вимог нормативно-правових актів, які регулюють їх обіг в Україні.

4.2.3. Лікарські засоби слід розташовувати на стелажах, у шафах або холодильниках, а за потреби – на піддонах, підтоварниках; отруйні лікарські засоби зберігають у металевій шафі під замком. Лікарські засоби, які закупаються за бюджетні кошти, зберігати на окремій полиці/шафі, з відповідним маркуванням "Бюджетна закупівля".

4.2.4. Лікарські засоби одного найменування та дози під час зберігання розташовують з урахуванням залишкового терміну придатності таким чином, щоб забезпечити першочергове використання лікарських засобів з меншим терміном придатності.

4.2.5. У процесі зберігання необхідно постійно проводити суцільний візуальний контроль стану тари, зовнішнього вигляду лікарських засобів та контроль за дотриманням умов зберігання лікарських засобів.

4.2.6. У разі пошкодження тари негайно усувають дефекти. Перекладання, переливання в іншу тару, розфасування або розважування лікарських засобів, заміна їх етикеток в ЗОЗ забороняється.

4.2.7. У разі зміни зовнішнього вигляду лікарських засобів та/або виникнення сумніву щодо якості лікарських засобів, уповноважена особа, призначена керівником закладу, відбирає зразки сумнівних лікарських засобів та направляє їх до територіального органу Держлікслужби за місцем розташування ЗОЗ для проведення лабораторних досліджень якості лікарських засобів разом із супровідними документами.

4.2.8. На час проведення таких досліджень, до остаточного вирішення питання про їх якість, серії сумнівних лікарських засобів перебувають у спеціально відведених, чітко визначених, промаркованій карантинній зоні (приміщенні), окремо від іншої продукції, з позначенням "Карантин" із зазначенням причин вилучення з обігу та дати переміщення, підпису уповноваженої особи.

4.2.9. До медичного застосування такі лікарські засоби можуть бути повернені тільки після отримання позитивного висновку щодо їх якості від Держлікслужби чи її територіального органу, крім лікарських засобів, термін придатності яких минув. Уповноважена особа, отримавши

позитивний висновок щодо якості, повертає лікарські засоби до використання після проведення повторного візуального контролю. Проведення повторної оцінки якості оформлюється письмово.

4.2.10. У разі отримання негативного висновку від Держлікслужби чи її територіального органу лікарський засіб знищується згідно з Правилами утилізації та знищення лікарських засобів, затвердженими відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

4.2.11. Усі лікарські засоби мають зберігатися в упаковці виробника відповідно до вимог, зазначених в інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

4.2.12. Не допускається сумісне зберігання лікарських засобів із реактивами, біологічним матеріалом тощо в одному холодильнику.

4.3. ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ВІДДІЛЕННЯХ (КАБІНЕТАХ) ЗОЗ

4.3.1. Зберігання лікарських засобів у відділеннях ЗОЗ (маніпуляційний кабінет, медичний пост тощо) проводиться з урахуванням способу введення та з дотриманням вимог інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

4.3.2. Наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори зберігаються відповідно до вимог нормативно-правових актів, які регулюють їх обіг в Україні.

4.3.3. Забороняється виготовлення, розфасування, заміна етикеток, перекладання лікарських засобів.

4.3.4. За потреби допускається порушення упаковки виробника медичним персоналом ЗОЗ з обов'язковим зазначенням на новоствореній упаковці назви, серії, дозування, терміну придатності, виробника лікарського засобу, умов зберігання та власного підпису особи, яка створила упаковку.

4.3.5. Перевірка дотримання умов зберігання лікарських засобів та додержання вимог законодавства щодо якості лікарських засобів у відділеннях проводиться уповноваженою особою ЗОЗ не менше одного разу на місяць, про що роблять запис у відповідному журналі.

4.4. ПРОВЕДЕННЯ ВХІДНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ЗОЗ

4.4.1. Вхідний контроль якості лікарських засобів у ЗОЗ здійснює уповноважена особа, призначена наказом керівника ЗОЗ.

4.4.2. Головними обов'язками уповноваженої особи ЗОЗ є:

1) проведення візуального контролю одержаних лікарських засобів, який включає перевірку:

- стану тари;
- групової, первинної, вторинної (за її наявності) упаковки;

- маркування;
- наявності інструкції для медичного застосування лікарського засобу;
- зовнішнього вигляду, у тому числі цілісності, однорідності, наявності пошкоджень лікарських засобів;
- строку придатності лікарських засобів.

За потреби, якщо виникла підозра щодо якості, лікарські засоби перевіряються з розкриттям упаковок стосовно розмірів, форми, кольору, однорідності, кількості одиниць в упаковці, наявності забруднень;

2) відбір зразків сумнівних лікарських засобів та направлення їх до територіального органу Держлікслужби для проведення лабораторних досліджень якості лікарських засобів у разі виникнення сумніву щодо якості лікарських засобів під час здійснення візуального контролю.

На час проведення таких досліджень до остаточного вирішення питання про їх якість серії сумнівних лікарських засобів перебувають у спеціально відведених, чітко визначених, промаркованій карантинній зоні (приміщенні), окремо від іншої продукції, з позначенням "Карантин" із зазначенням причин вилучення з обігу та дати переміщення;

3) проведення вхідного контролю якості, який здійснюється не пізніше наступного дня з дати отримання лікарських засобів у місці приймання продукції.

Забороняється застосування одержаних лікарських засобів у ЗОЗ до одержання письмового висновку уповноваженої особи, що здійснює вхідний контроль якості лікарських засобів у ЗОЗ.

4.4.3. Уповноважена особа ЗОЗ, здійснюючи вхідний контроль якості лікарських засобів, повинна:

- перевіряти відповідність одержаних лікарських засобів супровідним документам щодо кількості, дозування, номерів серій, строків придатності, реєстраційного статусу, найменування, лікарської форми, найменування виробника.

Кожна серія лікарського засобу має супроводжуватися копіями сертифіката якості серії лікарського засобу, який видає виробник (для імпортованих лікарських засобів – імпортер (виробник або особа, що представляє виробника лікарських засобів на території України)), висновку про якість ввезеного в Україну лікарського засобу (для лікарських засобів іноземного виробництва) та висновку про відповідність МІБП вимогам державних і міжнародних стандартів (для МІБП);

- оформляти висновок вхідного контролю якості лікарських засобів шляхом відмітки на накладній: *"Вхідний контроль проведено, результат позитивний/негативний, дозволено / не дозволено до використання (застосування) (зазначити П.І.Б. уповноваженої особи, дату проведення вхідного контролю, поставити підпис)";*
- здійснювати ведення реєстру лікарських засобів, які надійшли до ЗОЗ;
- здійснювати моніторинг приписів/розпоряджень/рішень Держлікслужби та її територіальних органів.

У разі наявності зазначених у приписі/розпорядженні/рішенні лікарських засобів вноситься запис до журналу ведення обліку розпоряджень/рішень/приписів від Держлікслужби та її територіальних органів в електронному та/або паперовому вигляді з можливістю термінового формування реєстрів руху лікарських засобів на виконання запитів Держлікслужби та її територіальних органів;

- перевіряти наявність в ЗОЗ та вилучати лікарські засоби, обіг яких заборонено в Україні; фальсифіковані лікарські засоби; лікарські засоби, незареєстровані в Україні (крім випадків, визначених Законом України "Про лікарські засоби") та строк придатності яких минув;
- надавати територіальному органу Держлікслужби інформацію про виявлені неякісні лікарські засоби у строк, визначений у приписі/розпорядженні/рішенні, лікарські засоби, стосовно яких виникла підозра щодо якості, фальсифіковані та незареєстровані лікарські засоби (крім випадків, визначених Законом України "Про лікарські засоби"), інші дефекти чи невідповідності.

Виявивши зразки таких лікарських засобів, вживати заходів щодо вилучення їх з обігу шляхом поміщення у спеціально відведену, чітко визначену, промарковану карантинну зону (приміщення), окремо від іншої продукції, з позначенням "Карантин" із зазначенням причин вилучення з обігу та дати переміщення;

- вживати заходів, зазначених у рішеннях Держлікслужби щодо якості лікарських засобів;
- здійснювати моніторинг умов зберігання лікарських засобів відповідно до вимог інструкції для медичного застосування лікарського засобу;
- здійснювати організаційно-технічні заходи щодо забезпечення нанесення спеціального позначення на упаковку лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, що закуповуються за рахунок бюджетних коштів. Спеціальне позначення є штампом червоного кольору з написом "Бюджетна закупівля" або стикером з написом червоного кольору "Бюджетна закупівля", які наносяться на зовнішню (вторинну) упаковку лікарських засобів, у тому числі МІБП, що закуповуються за рахунок бюджетних коштів. У разі відсутності вторинної упаковки за можливості штамп або стикер наноситься на первинну упаковку.

4.4.4. Отримання лікарських засобів, які вимагають дотримання "холодового ланцюга", необхідно оформляти актом приймання-передавання із зазначенням умов зберігання під час транспортування.

4.4.5. Зберігання, транспортування, приймання та облік МІБП здійснюється відповідно до Порядку забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алер-

гену туберкульозного в Україні, затвердженого відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

4.4.6. У разі позитивного результату вхідного контролю уповноважена особа дає письмовий висновок щодо можливості використання (застосування) серій(ї) лікарських засобів та передає одержані лікарські засоби для застосування до відділень ЗОЗ або на зберігання.

4.4.7. У разі негативного результату вхідного контролю уповноважена особа складає акт про виявлені дефекти, який є підставою для повернення лікарських засобів постачальнику. Копія акта разом із копіями накладної, сертифіката якості серії лікарського засобу, який видає виробник (для імпортованих лікарських засобів – імпортер (виробник або особа, що представляє виробника лікарських засобів на території України)), висновку про якість ввезеного в Україну лікарського засобу (для лікарських засобів іноземного виробництва), висновку про відповідність МІБП вимогам державних і міжнародних стандартів (для МІБП) у десятиденний строк (якщо інше не передбачено рішенням Держлікслужби) подається до територіального органу Держлікслужби.

4.5. ОБОВ'ЯЗКИ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН ТА ПРЕКУРСОРІВ:

- Отримувати від сестри медичної старшої необхідний запас наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів для хворих.
- Забезпечити ведення обліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у журналах за формою, визначеною МОЗ України.
- Сторінки журналу, в якому обліковуються препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, пронумеровуються, прошнуровуються і засвідчуються підписом керівника та скріплюються печаткою закладу охорони здоров'я.
- Внесення виправлень та недостовірних відомостей до журналів збороняється. У разі виявлення технічних помилок вони виправляються. Виправлення завіряються підписом керівника закладу охорони здоров'я.
- Дотримуватись правил зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів згідно вимог чинного законодавства.
- Виконує введення парентеральних форм наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів хворим відповідно до листка призначень наркотичних і психотропних лікарських засобів, виписаного лікарем, про що робить відповідні записи.
- Заповнений листок призначень додає до стаціонарної карти хворого.

4.6. ФАРМАКОНАГЛЯД У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Система фармаконагляду – система, що використовується державою та заявником для здійснення фармаконагляду з метою моніторингу безпеки й ефективності лікарських засобів, вакцин, туберкуліну і визначення будь-яких змін співвідношення користь/ризик.

Фармаконагляд – процес, пов'язаний із виявленням, збором, оцінкою, вивченням та запобіганням виникненню побічних реакцій, несприятливих подій після імунізації/туберкулінодіагностики та будь-яких інших питань, пов'язаних з безпекою та ефективністю застосування лікарських засобів, вакцин, туберкуліну.

Система фармаконагляду у системі охорони здоров'я використовується для:

1) збору інформації про ризики лікарських засобів, вакцин, туберкуліну щодо здоров'я пацієнтів чи громадського здоров'я, зокрема для збору інформації про побічні реакції лікарських засобів, вакцин, туберкуліну, відсутність ефективності лікарських засобів, несприятливі події після імунізації/туберкулінодіагностики (далі – НППІ) (класифікація несприятливих подій після імунізації/туберкулінодіагностики наведена у до цього Порядку) та про будь-які інші питання, пов'язані з безпекою та ефективністю, застосування лікарських засобів, вакцин, туберкуліну;

2) обґрунтованої оцінки усієї інформації про ризики лікарських засобів, вакцин, туберкуліну щодо впливу на здоров'я пацієнтів чи громадське здоров'я;

3) розробки заходів для запобігання чи мінімізації ризиків, пов'язаних із застосуванням лікарських засобів, вакцин, туберкуліну;

4) застосування регуляторних заходів впливу щодо дії реєстраційного посвідчення на лікарський засіб, вакцину, туберкулін у разі необхідності;

5) для здійснення фармаконагляду Міністерство охорони здоров'я України залучає медичних працівників, заявників, пацієнтів та/або їх законних представників тощо.

4.6.1.Обов'язки сестри медичної у системі фармаконагляду Сестра медична інформус:

1) пацієнтів (батьків чи законних представників) про ті побічні реакції, що можуть виникнути при застосуванні лікарських засобів, та необхідність звернення за медичною допомогою до закладу охорони здоров'я у разі погіршення стану здоров'я після застосування лікарського засобу;

2) осіб, які підлягають імунізації, туберкулінодіагностиці (батьків чи законних представників), про ті побічні реакції, що можуть виникнути після застосування певної вакцини, туберкуліну, та необхідність

звернення за медичною допомогою до закладу охорони здоров'я у разі будь-якого погіршення стану здоров'я після проведення імунізації/туберкулінодіагностики.

Сестра медична виявляє:

1) побічні реакції лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, відсутність ефективності лікарського засобу, будь-яке погіршення стану здоров'я та будь-які інші питання, пов'язані з безпекою та ефективністю застосування лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, при зверненні пацієнта, імунізованої особи або особи, якій було проведено туберкулінодіагностику, до закладу охорони здоров'я;

2) НППІ та інші питання, пов'язані з безпекою та ефективністю застосування вакцини, туберкуліну, при зверненні імунізованої особи або особи, якій було проведено туберкулінодіагностику.

Сестра медична своєчасно подає:

1) карти-повідомлення про будь-які побічні реакції лікарських засобів, вакцин, туберкуліну, відсутність ефективності лікарського засобу та про НППІ у визначені строки;

2) карта-повідомлення подається у паперовому та/або електронному вигляді. Копія карти-повідомлення подається відповідальній особі з питань фармаконагляду закладу охорони здоров'я для складання звіту за відповідною формою ;

3) карта-повідомлення подається до Центру у такі строки:

- у випадку розвитку несерйозної побічної реакції/НППІ при застосуванні лікарського засобу – протягом 90 днів;
- у випадку розвитку серйозної побічної реакції/НППІ при застосуванні лікарського засобу – протягом 15 днів;
- у випадку розвитку відсутності ефективності при застосуванні лікарського засобу – протягом 48 годин;
- карти-повідомлення про НППІ після застосування вакцини, туберкуліну у строк не пізніше 48 годин після реєстрації НППІ.
- у випадку розвитку побічної реакції лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутності ефективності лікарського засобу, та/або несприятливої події після імунізації/туберкулінодіагностики, що призвели до смерті пацієнта, – протягом 48 годин.

У разі якщо зазначені строки припадають на вихідний або святковий день, інформація надається у перший після нього робочий день.

Інформація про побічну реакцію лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутність ефективності лікарського засобу, та/або несприятливу подію після імунізації/туберкулінодіагностики заноситься лікарем до первинної облікової медичної документації.

РОЗДІЛ V

КОМУНІКАТИВНІ ТА ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ДІЯЛЬНОСТІ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В умовах розвитку демократичного суспільства медичний працівник наділений великими правами й несе відповідальність не тільки перед хворими, а й перед суспільством в цілому. Вплив особистості медичного працівника на психіку хворого та на результат захворювання великий. Тому, довіряючи медичному працівникові найдорожче, що є в людини, – життя і здоров'я, люди повинні бути твердо впевнені в тому, що їм допомагають добрі, надійні й теплі руки.

Чесне ім'я й авторитет медичних працівників кожного медичного закладу – авторитет усієї медицини.

5.1. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ НОРМИ

Медицина в сучасному світі відіграє особливу роль вжитті людини і суспільства. Відносини між лікарем, медсестрою і пацієнтом вимагають від медичних працівників професійних знань, належної правової бази у сфері охорони здоров'я, а також дотримання морально-етичних норм.

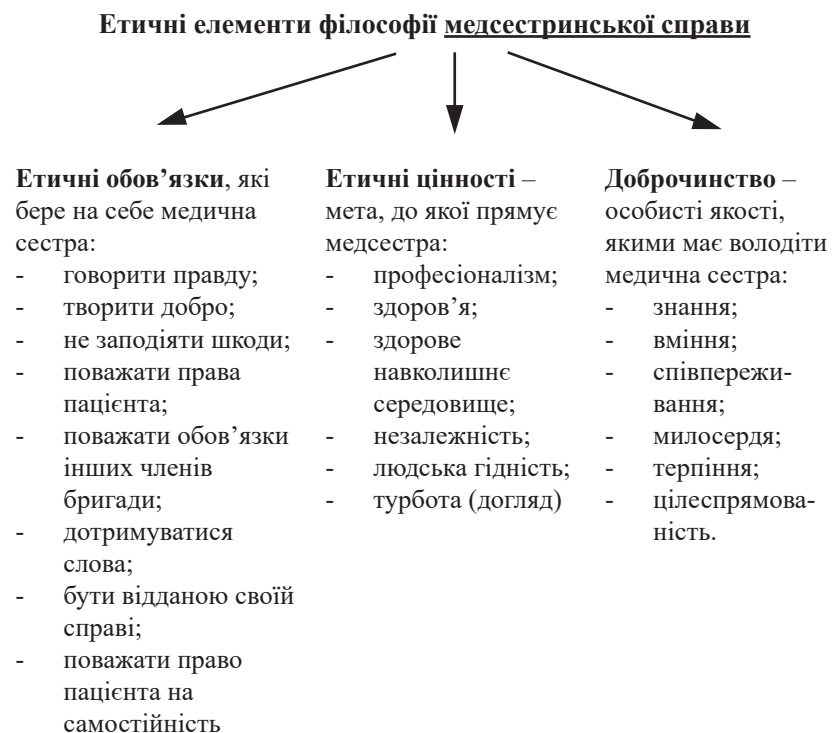
Медичне обслуговування та якість медичних послуг належать до стратегічних орієнтирів охорони здоров'я. Етична культура передбачає дотримання медичної етики й деонтології.

Медична етика є конкретизацією загальних принципів моралі стосовно професії медичного працівника. Вона є нормою поведінки медичної сестри не лише під час виконання службових обов'язків, вона виражає її професійну честь і гідність.

Основні положення етики:

1. Повага до життя.
2. Заборона на заподіяння шкоди хворому.
3. Повага до особистості хворого.
4. Лікарська таємниця.
5. Повага до професії.

Схема 1



Медична деонтологія є частиною медичної етики – це наука про моральний, етичний обов'язок людини, яка присвятила себе шляхетній справі: самовідданій турботі про здоров'я людей.

Основні принципи медичної деонтології:

- принцип гуманності – визначає людину як найвищу цінність, заохочуючи її моральний та творчий розвиток;
- принцип милосердя – доброзичливе та чуйне ставлення до тих, хто опинився в біді;
- принцип виключення посадових злочинів (не нашкодь) – захист пацієнта медпрацівником від небезпеки, усунування болю й страждання у межах своєї компетенції;
- принцип справедливості – неупередженість, повага до людської гідності;
- принцип правдивості – повага права пацієнта на отримання інфор-

мації про стан його здоров'я, можливий ризик та переваги передбачуваних методів лікування та діагностики, у межах компетенції медичної сестри.

5.2. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ

Міждисциплінарна співпраця серед медичних працівників є однією з базових складових сучасних систем охорони здоров'я.

- Міждисциплінарну співпрацю можна визначити як процес спільної роботи фахівців різних клінічних спеціальностей, кожен з яких привносить у нього свої унікальні знання, набір навичок і практик.
- Загальною метою цього процесу є забезпечення оптимального медичного обслуговування, лікування та одужання пацієнта.
- В його основу покладено принципи чесності, прямоти, поваги та налаштованості слухати думки інших.

Міждисциплінарна співпраця ґрунтується на шести принципах:

- пацієнт є центральною фігурою і має бути залучений до процесу лікування;
- орієнтація на забезпечення охорони здоров'я всього населення (*англ.* population health approach);
- висока якість догляду і послуг;
- сприяння доступу пацієнта до належного фахівця;
- довіра і повага;
- регулярна і чітка комунікація.

5.3. КОРПОРАТИВНІ ПРАКТИКИ КОМУНІКАЦІЇ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ

Зміст корпоративних правил ділового спілкування спрямовано на створення та забезпечення конструктивних взаємовідносин між медичними сестрами та:

- керівництвом закладу охорони здоров'я;
- колегами (лікарями, завідувачами відділень, службовим персоналом);
- пацієнтом та його родичами, відвідувачами закладу.

5.3.1. Комунікації сестри медичної із керівництвом закладу

Сестри медичні мають:

- завжди першими вітатися з керівником;
- під час розмови з керівником стежити за своїм мовленням, тобто говорити чітко, лаконічно, змістовно;

- знімаючи слухавку стаціонарного телефону, вітатися, називати структурний підрозділ та представлятися (називати свої посаду та прізвище);
- якщо під час розмови телефоном зайшов керівник, у випадку, коли розмова не має невідкладного чи службового характеру – вибачитися перед своїм телефонним співрозмовником (перенести розмову на пізніше), за можливості покласти слухавку та приділити увагу керівнику;
- всі службові питання спочатку узгоджувати зі старшою медичною сестрою, потім – завідувачем відділення та головною медичною сестрою;
- під час наради чи "п'ятихвилинки" цінувати свій і чужий час. Потрібно говорити коротко та змістовно, якщо з'явилися запитання до доповідача – зачекати на закінчення доповіді, підняти руку та запитати;
- якщо керівник зробив персональне зауваження службового характеру, не сперечатися, а взяти до уваги;
- пам'ятати, що у керівника ЗОЗ є право керувати в межах чинного законодавства України та його посадових обов'язків, що дає йому законні підстави ставити перед підлеглими службові завдання й вимагати їхнього виконання.

5.3.2. Взаємини з колегами

Сестри медичні повинні:

- доброзичливо вітати всіх, кого бачать у лікарні перший раз за день;
- спілкуватися з колегами на "Ви";
- дотримуватися принципів субординації та взаємоповаги;
- ввічливо ставитися до всіх працівників закладу охорони здоров'я незалежно від статусу та посади;
- уникати обговорення зі своїми колегами дій інших працівників лікарні;
- допомагати колегам, які звернулися з проханням або запитанням;
- поважати своїх колег (не запізнюватися та вимикати свої мобільні телефони на нарадах, конференціях, семінарах);
- зберігати тишу у приміщеннях закладу, щоби не заважати іншим (намагатися у будь-якій ситуації говорити рівним, спокійним голосом; переводити мобільні телефони у режим без звуку);
- виконувати посадові обов'язки, не беручи на себе функції лікаря;
- уникати критики або з'ясування стосунків із будь-яким медичним працівником у присутності хворого або його родичів;
- негайно реагувати на порушення етичних норм молодшими медичними сестрами;
- замінювати колег під час їхньої обідньої перерви.

5.3.3. Взаємини з пацієнтами, їхніми рідними та відвідувачами закладу

Сестри медичні мають:

- першими вітатися і представлятися, обов'язково називаючи своє ім'я і посаду;
- уникати панібратства, тобто недоречного приязного тону розмови;
- стежити за нерозголошенням конфіденційної інформації;
- уникати обговорення стану здоров'я пацієнта з іншими пацієнтами;
- унеможлилювати доступ пацієнта до медичної документації;
- відповідати на запитання пацієнтів та їхніх рідних виключно у межах своєї компетенції;
- давати рекомендації пацієнтам та їхнім родичам виключно у межах своєї компетенції;
- стримувати власні негативні реакції під час виконання процедур;
- за потреби – вийти за межі відділення на певний час, залишити свої координати та попросити колегу простежити за роботою у відділенні.

5.3.3.1. Вітання і знайомство з пацієнтом

Будь-які стосунки починаються зі знайомства.

Під час знайомства з пацієнтом варто:

- з'ясувати ім'я і по-батькові пацієнта;
- установити зоровий контакт;
- вести розмову приємним тоном голосу. Якщо ви вже знайомі, то під час його візиту слід нагадати, що між вами вже є стосунки, приміром: Під час бесіди з пацієнтом необхідно:
- правильно ставити запитання;
- вислуховувати відповіді до кінця;
- повідомляти необхідну пацієнтові інформацію в максимально доступній формі, з урахуванням віку, інтелектуальних особливостей тощо;
- стежити за своїми мімікою та жестами, усуваючи надмірну жестикуляцію й міміку, що виявляє неповагу до емоцій і почуттів пацієнта;
- надавати рекомендації у зрозумілій для пацієнта формі, уникаючи незрозумілих для нього термінів;
- якщо пацієнт відходить від теми, м'яко зупиняти, загострюючи увагу на важливому.

5.3.3.2. Бесіди з пацієнтом

Під час бесіди з пацієнтом варто:

- правильно ставити запитання;
- активно слухати;
- повідомляти необхідну пацієнтові інформацію, стежачи за мовою жестів і міміки.

Прийоми активного слухання:

- мовчання;
- спонукання продовжувати розповідь ("Так, і...?", "А далі?");
- парафраз ("Чи правильно я зрозумів, що...");
- питання: "Що?", "Де?", "Коли?", "Навіщо?", "Чому?";
- емоційна залученість;
- продовження тексту співрозмовника.

5.3.4. Взаємини з пацієнтом поза межами медичного закладу

Поза виконанням своїх посадових обов'язків, медичний працівник під час спілкування з пацієнтом за межами лікувального закладу повинен дотримуватися таких правил.

У спілкуванні між співробітниками медичної установи та пацієнтами поза лікувальним закладом є неприпустимими фамільярність чи "панібратство". Медичні працівники повинні дотримуватися загальноприйнятих принципів етики і деонтології, не обговорювати публічно своїх колег і не давати їм негативних оцінок та характеристик.

З пацієнтом поза межами роботи необхідно:

- привітатися;
- бути доброзичливим, уважним, відкритим;
- якщо пацієнт починає розповідати про проблеми, пов'язані зі здоров'ям, варто його м'яко зупинити й зазначити, що це потрібно обговорювати на прийомі;
- під час спілкування стежити за своїми мімікою та жестами: унеможливити надмірну жестикуляцію й неоднозначну міміку;
- пам'ятати про свою професійну роль;
- ввічливо попрощатися

5.3.5. Етика поведінки медичних працівників у соціальних мережах

Сприятливий імідж медичного працівника є обов'язковою складовою підвищення довіри та збільшення прихильності пацієнтів до лікування й профілактики захворювань. Важливим є образ медичного працівника. Медичні працівники зобов'язані дотримуватися норм мо-

ралі як у спілкуванні з близькими, у сімейному колі, так і в суспільстві, зокрема на інтернет-ресурсах і в соціальних мережах.

Неприпустимо використовувати:

- медіа та соціальні мережі як ресурси для поширення інформації про стан здоров'я пацієнтів та/або їхнє самопочуття, інформацію особистого характеру, а також для розголошення корпоративних і професійних таємниць;
- інформацію про пацієнтів у особистих цілях;
- медичні зображення в особистих цілях;
- фотознімки з місць надання медичної допомоги;
- ненормативну лексику;
- фотографії та відеосюжети особистого характеру, які матимуть неоднозначне трактування і можуть бути використані проти медичних працівників.

5.3.6. Розмови телефоном

Під час відповіді на телефонний дзвінок варто йти за такою схемою:

- Привітайтеся, повідомте, до якого лікувального закладу надійшов дзвінок: "Доброго ранку,...", "Добрий день" або "Добрий вечір";
- Вислухайте співрозмовника, визначивши суть питання або прохання.
- Можна сформулювати цю суть і уточнити: "Я правильно зрозумів/-ла, ви хочете, щоб...?"
- Запропонуйте допомогу, проінформуйте співрозмовника про те, які є способи розв'язання його проблеми, шляхи виходу із ситуації.
- Узагальніть сказане, підсумуйте розмову: "Отже,...".
- Попрощайтесь: "До побачення!". Вирази, яких слід уникати під час відповіді на телефонний дзвінок: "Я не знаю", "Ми не зможемо цього зробити", "Ви повинні...", "Ні". Формулювання мають бути якомога пом'якшеними: "Для вас має сенс..." або "Найкраще було б...". Розмова телефоном, як частина робочого спілкування, має свої особливості. Телефон "відтинає" більшу частину інформації (все, що стосується візуального каналу сприйняття), і тому під час спілкування потрібно особливо уважно стежити за змістом сказаного, побудовою фрази, інтонацією голосу. Тут необхідна особлива коректність, ввічливість і люб'язність.

5.3.7. Алгоритм консультування телефоном

1. Відповідайте на дзвінок без зайвих затримок.
2. Представтесь.

3. Запитайте ім'я пацієнта і номер телефону, з якого він телефонує (це потрібно у разі, якщо зв'язок обірветься або вам потрібно буде перетелефонувати пацієнту пізніше).
4. Говоріть безпосередньо з людиною, яка має проблеми (якщо вона не може з якихось причин тримати слухавку, попросіть увімкнути гучний зв'язок або тримати слухавку біля вуха того, хто потребує допомоги).
5. Запишіть дату та час дзвінка.
6. Запишіть ім'я, стать та вік людини, яка телефонує. За можливості отримайте доступ до медичної документації пацієнта – відкрийте його/її файл на комп'ютері.
7. Отримайте детальну та структуровану інформацію про стан пацієнта.
8. Поясніть, як пацієнтові спостерігати за власним станом та коли звернутися до лікаря (наприклад, погіршення симптомів всупереч лікуванню; симптоми не покращуються протягом тижня, поява нових симптомів).
9. Узагальніть основні моменти вашої розмови.
10. Запитайте, чи є у пацієнта якісь запитання чи занепокоєння.
11. Дозвольте пацієнту першому покласти слухавку.

5.4. ВИДИ КОНФЛІКТІВ ТА ЇХ НАСЛІДКИ

Медична сестра – пацієнт (представник пацієнта, відвідувач тощо)

- псування міжособистісних стосунків;
- погіршення стану здоров'я або смерть пацієнта, що може стати причиною судового розгляду конфлікту та виплати компенсації;
- псування ділової репутації медичного закладу;
- розголошення відомостей про конфлікт у ЗМІ;
- зменшення кількості пацієнтів та прибутків медичного закладу; зменшення додаткових матеріальних винагород (премій)

Медична сестра – лікар

- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;
- псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту);
- ймовірність додаткових перевірок якості виконання професійних обов'язків з боку керівництва

Медична сестра – медична сестра або молодший медичний персонал

- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;
- псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту);
- Медична сестра-керівник – лікар-керівник
- псування міжособистісних стосунків, зниження рівня довіри;
- погіршення роботи медичного закладу взагалі або його окремих структурних підрозділів;
- некоординованість дій старшого та середнього і молодшого медичного персоналу;
- зниження якості медичної допомоги / медичних послуг;
- створення неприйнятних робочих умов та ймовірність кадрових змін

Запобігання міжособистісним конфліктам

1. виховання внутрішньої культури медичного персоналу (колективне та індивідуальне), у тому числі донесенням до свідомості правил корпоративної етики;
2. побудова взаємовідносин із дотриманням субординації та взаємоповаги;
3. створення сприятливого робочого мікроклімату;
4. ввічливе ставлення до всіх співробітників незалежно від рангу;
5. винесення заохочення перед колективом, а стягнень чи доган – в індивідуальному порядку;
6. об'єктивний розгляд скарг та претензій, проведення внутрішнього розслідування;
7. залучення психолога у разі неможливості вирішити міжособистісний конфлікт самотужки;
8. організація корпоративних заходів.

5.5. ВИМОГИ ДО ЗОВНІШНЬОГО ВИГЛЯДУ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ

Зовнішній вигляд медичних працівників відіграє не менш важливу роль, ніж їхні професійні навички. Пацієнти схильні оцінювати професійний рівень лікаря, спираючись на його зовнішній вигляд. Пацієнту необхідно відчувати, що він спілкується з серйозною, компетентною людиною. Дрес-код у медичному закладі є безпосереднім віддзеркаленням корпоративної культури організації та важливою частиною її бренду.

Головне правило зовнішнього вигляду усіх співробітників у медичних закладах – це дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил, ділового офісного стилю, особистої гігієни.

Медичні сестри мають:

- носити у ЗОЗ медичний одяг (халат, шапочку, м'яке змінне взуття), стежити за його чистотою та охайністю;
- носити бейджі, де вказано інформацію: прізвище, ім'я, по-батькові, посаду та відділення, в якому працює;
- коротко підрізати нігті на руках;
- знімати ювелірні прикраси перед роботою;
- обмежувати використання косметики;
- користуватися парфумами з нерізким, легким ароматом.

РОЗДІЛ VI

МЕТОДИ І ЗАСОБИ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ ТА ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ

Спосіб життя людей залежить від тих цінностей, пріоритетів, практичних можливостей і труднощів, які є невід'ємними елементами повсякденного життя. Особливості способу життя суспільства, соціальних груп та окремих осіб переплітаються, внаслідок чого формуються стереотипи дій, що повторюються і трансформуються з покоління в покоління. Ті чи інші погляди, позиції, навички, вміння та поведінка, що впливають на здоров'я, визначаються досвідом і тим соціальним сенсом і значенням, які з нього випливають.

Йдеться не тільки про усвідомлення рішення піддавати чи не піддавати своє здоров'я ризику. Здоров'я кожного громадянина – необхідна умова економічного розвитку нації, ось чому воно має розглядатися не лише як особиста, а й як національна власність. Це означає також, що здоровий спосіб життя повинен пропагуватися як реалістична і приваблива альтернатива, якою люди можуть користуватися впродовж свого повсякденного життя.

Численні дослідження поняття способу життя з позицій суспільних наук визначають цю категорію так: *здоровий спосіб життя – це гігієнічна поведінка, яка будується на науково-обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття.*

Пропаганда здорового способу життя є обов'язком кожного медичного працівника. Популяризація здорового способу життя, як стилю поведінки сучасної людини, що досягає успіху, є першорядною ідеєю розвитку нинішнього суспільства і повинна здійснюватися за допомогою сучасних засобів та технологій.

6.1. ЗАВДАННЯ ТА ЗМІСТ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

Однією з найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність населення з чинниками, які негативно впливають на його стан.

Санітарна освіта являє собою невід'ємну складову системи охорони здоров'я, комплекс державних, громадських і медичних заходів, спрямованих на забезпечення такої обізнаності з метою підвищення рівня здоров'я населення.

Головними завданнями санітарної освіти є пропаганда здорового способу життя, профілактика шкідливих звичок, інформування про сучасні уявлення щодо причин виникнення різних захворювань, системи індивідуальних та громадських заходів з їх первинної та вторинної профілактики.

ЗАВДАННЯ САНІТАРНОЇ ПРОСВІТИ:

- виховання гігієнічних навичок,
- гігієнічна освіта або розповсюдження і закріплення гігієнічних та медичних знань,
- організація громадської підтримки,
- інформація населення.

Принципи санітарно-освітньої роботи: високий науковий рівень, оптимістичний характер, поєднання масовості та індивідуального підходу, доступність сприйняття для кожного громадянина, диференційований підхід при проведенні цієї роботи.

Обізнаність із цих та інших питань необхідна не тільки в Інтересах охорони індивідуального здоров'я. Вона є важливою передумовою свідомого і відповідального ставлення всіх верств населення, керівників і працівників промислових підприємств, громадського харчування та комунального господарства, будівельників, науковців, педагогів тощо до еколого-гігієнічних проблем довкілля, дотримання вимог індивідуальної та громадської гігієни в усіх сферах життя і трудової діяльності людини.

Пропаганда здорового способу життя включає інформування населення щодо факторів, які сприяють збереженню здоров'я, і профілактику факторів, які шкідливо впливають на здоров'я.

Складові здорового способу життя включають різноманітні елементи, що стосуються всіх сфер здоров'я – фізичної, психічної, соціальної і духовної.

В їх числі:

харчування (в тому числі якісна питна вода, необхідна кількість вітамінів, мікроелементів, білків, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів і харчових добавок),

побут (якість житла, умови для пасивного і активного відпочинку, рівень психічної і фізичної безпеки на території життєдіяльності),

умови праці (безпека не тільки у фізичному, а й у психічному аспекті, наявність стимулів і умов професійного розвитку),

рухова активність і загартовування (використання засобів фізичної культури і спорту, різноманітних систем оздоровлення, спрямованих на підвищення рівня фізичного розвитку, його підтримку, відновлення після фізичних і психічних навантажень).

Крім того, до складових ЗСЖ відносяться: *особиста гігієна, режим праці і відпочинку, психогігієна і психопрофілактика, охорона навколишнього середовища, самоконтроль за станом здоров'я, самооздоровлення з використанням традиційних та нетрадиційних методів, відсутність шкідливих звичок (вживання алкоголю, наркотичних і токсичних речовин, тютюнопаління), статеве виховання і сексуальна культура, своєчасне звернення до лікаря.*

6.2. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Організація санітарної освіти ґрунтується на таких принципах: державний характер, наявність спеціальної структури організаційно-методичного керівництва і координації діяльності, плановість, комплексність, масовість, диференційованість, розумна оптимістичність, доступність, цілеспрямованість, активна участь усіх медичних працівників.

Загальне керівництво і контроль за організацією та проведенням санітарно-освітньої роботи здійснює медичний директор закладу охорони здоров'я та його заступники, які повинні забезпечувати активну роботу лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою з питань гігієнічного виховання населення як у стінах самого закладу, так і на сімейно-територіальній дільниці.

Медичний директор закладу охорони здоров'я працює в тісному контакті з Державною установою "Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України", звідки одержує методичну допомогу та матеріали.

Робота з пропаганди та формування здорового способу життя, профілактики найбільш поширених захворювань є невід'ємною і обов'язковою частиною діяльності лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, незалежно від їх спеціальності.

Санітарно-просвітницька робота повинна проводитися за заздалегідь складеним планом. Складання плану санітарно-освітньої роботи проводять на весь поточний рік (квартал, місяць).

У річному плані передбачають основні завдання з охорони здоров'я і виховання здорового способу життя, а на кожен квартал, місяць складається конкретний план з назвою тем і методами їх висвітлення.

В кінці кварталу (місяця) і в кінці звітного року медичний працівник зобов'язаний відзвітувати за виконану санітарно-освітню роботу.

У кожному структурному підрозділі ЗОЗ ведеться **Журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення** (форма – 038/о, затверджена наказом МОЗ України від 29.12.2000 року № 369).

№ з/п	Дата	Форма роботи (лекція, бесіда, презентація тощо)	Назва теми, заходу	ПБ, посада виконавця, лектора	Місце проведення (назва за-кладу)	Склад аудиторії	Кількість слухачів, відвідувачів	Примітка
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Робота з формування здорового способу життя та профілактики захворювань проводиться серед хворих, осіб з підвищеним ризиком виникнення захворювань та здорових людей, зокрема серед дітей, підлітків, молоді.

6.3. ФОРМИ ТА МЕТОДИ САНІТАРНОЇ ОСВІТИ

Методи та засоби санітарної освіти являють собою спосіб і вивчення теоретичних і науково-практичних аспектів у сфері санітарної освіти. В залежності від методів санітарної освіти розрізняють: методи індивідуального впливу та методи впливу на групу осіб.

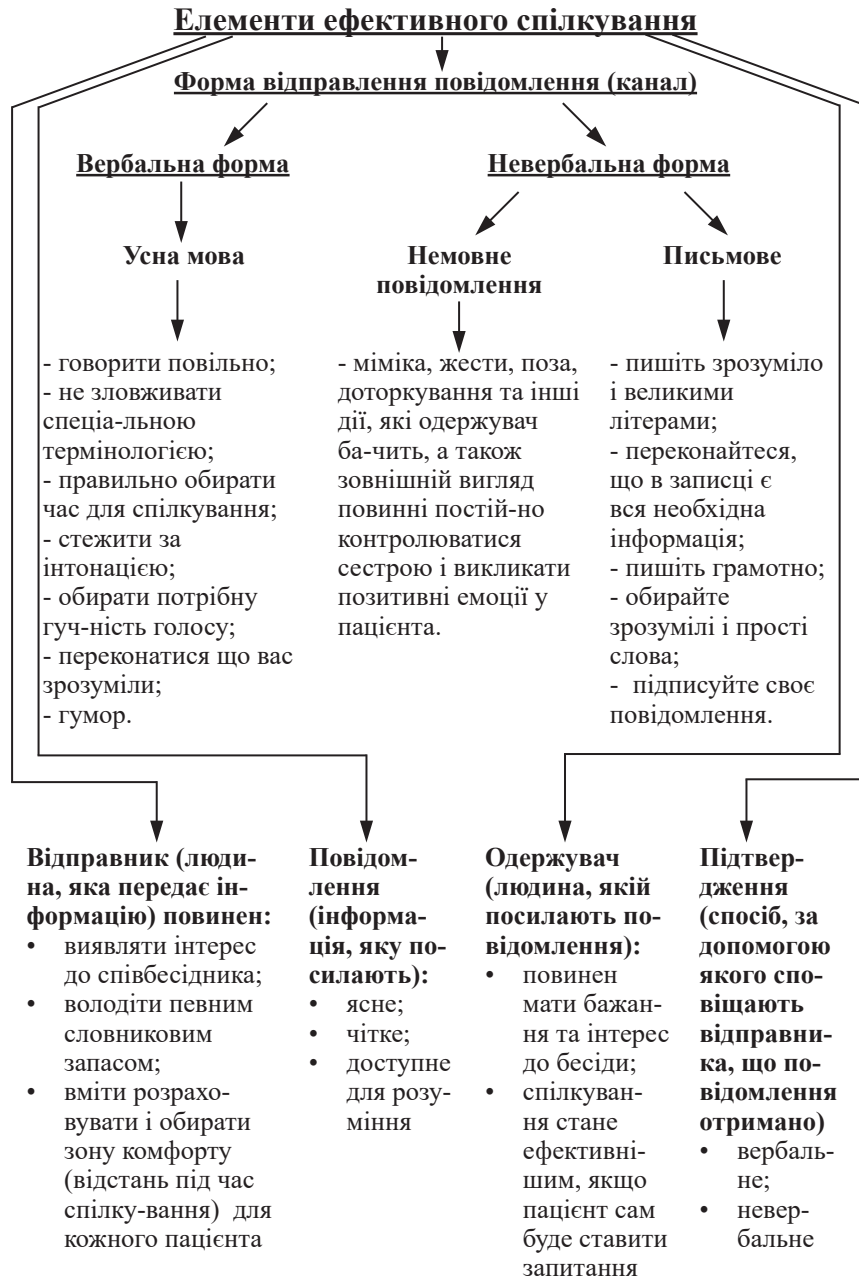
Метод індивідуальної санітарно-освітньої інформації зводиться до індивідуального впливу в процесі прямого або опосередкованого спілкування, при цьому використовуються індивідуальні бесіди, санітарно-гігієнічний інструктаж, санітарно-освітня консультація.

Метод групової санітарно-освітньої інформації розглядається як диференційований санітарно-освітній вплив на різні статеві-вікові та професійні групи населення. Ефективність даного методу визначається однорідністю групи, яку вивчають.

Схема 2



Схема 3



У практичній діяльності медичних працівників найвагоміше місце серед інших форм санітарної освіти займають групові бесіди й індивідуальні поради.

Під час проведення лекцій, бесід та виступів важливо забезпечити такі вимоги до їх якості: актуальність теми, зацікавленість до неї аудиторії, сучасний науковий рівень, повнота охоплення основних питань і розкриття теми, особиста обізнаність з питань теми, вільне володіння матеріалом, чіткий і логічно послідовний виклад, доступність сприйняття аудиторією, емоційність, використання прикладів з власного професійного або особистого досвіду, наочних посібників та художньої літератури, вміння підтримувати зворотний зв'язок з аудиторією, володіння нею, готовність до відповідей на запитання.

Тематика й форми санітарно-освітньої роботи визначаються залежно від конкретних умов і змісту професійної діяльності медичного працівника, контингенту слухачів, обізнаності й володіння матеріалами теми заняття (виступу тощо). На вибір методів і засобів санітарної освіти впливає також тип ситуації, за якої здійснюється той чи інший санітарно-освітній захід.

Розрізняють такі ознаки ситуацій, які мають значення під час вибору засобів санітарної освіти: екстремальність або неекстремальність події, однорідність або неоднорідність контингенту, обізнаність (готовність, рівень) або необізнаність слухачів (учасників).

Основними методами санітарної освіти є усний, друкований, наочний і змішаний.

Їх реалізують через такі форми санітарної освіти, як лекції, бесіди, тематичні вечори, поради-консультації, виступи на радіо, аудіозаписи (усний метод); публікації у друкованих засобах масової інформації, науково-популярні книги, брошури, пам'ятки, бюлетені, стенди із запитаннями і відповідями (друкований метод); експозиції, муляжі, фотографії, малюнки, санбюлетні, плакати (наочний метод); телебачення, відеофільми, діафільми, школи здоров'я, виставки, театралізовані вистави тощо (змішаний метод).

Санітарний бюлетень – це ілюстрований санітарно-просвітний плакат, присвячений тільки одній темі. Тематика повинна бути актуальною і вибиратися з урахуванням завдань, що стоять перед сучасною охороною здоров'я, а також сезонності та епідеміологічної ситуації в даному регіоні. Заголовок виділяється великим шрифтом. Назва повинна бути цікавою, інтригуючою, бажано при цьому не згадувати слово "хвороба" і "профілактика".

Санбюлетень складається з двох частин – текстової та ілюстрованої. Текст розміщують на стандартному аркуші ватману у вигляді колонок, шириною 13-15 см, текст краще друкований. Дозволяється написання

тексту каліграфічним почерком пастою чорного або фіолетового кольору. Потрібно виділити передову статтю або введення, решта тексту повинна бути розбита на підрозділи (рубрики) з підзаголовками, в яких викладають суть питань і дають практичні поради. Заслуговує на увагу подача матеріалу у вигляді запитань та відповідей. Текст повинен бути написаний зрозумілою для широкого загалу мовою, без складної медичної термінології, з обов'язковим використанням місцевого матеріалу, прикладів правильної гігієнічної поведінки, випадків з лікарської практики. Щодо художнього оформлення, то малюнки, фотографії, апікації повинні ілюструвати матеріал, але не дублювати його. Малюнок повинен бути один або декілька, але один із них – основний – повинен нести головне смислове навантаження і привернути увагу. Текст та художнє оформлення не повинні бути громіздкими. Санітарний бюлетень закінчується гаслом або закликком.

Необхідно забезпечити випуск санітарного бюлетеня не рідше 1-2 разів на квартал.

Куточок здоров'я. Організації такого куточка повинна передувати певна підготовча робота: узгодження з керівництвом установи; визначення переліку робіт та необхідних матеріалів (стенди, планки, кнопки, клей, тканина тощо); вибір місця розміщення куточка - такого, де постійно або часто буває маса людей; добірка відповідного ілюстрованого матеріалу (плакати, фото- і літературні виставки, діапозитиви, фотографії, пам'ятки, листівки, вирізки з газет і журналів, малюнки тощо).

Провідна тематика куточка здоров'я – різні аспекти здорового способу життя. У разі появи будь-якої інфекції або її загрози в даній місцевості в куточку має бути поміщений відповідний матеріал щодо її профілактики. Це можуть бути: санітарний бюлетень, листівка, підготовлена місцевим органом санітарно-епідеміологічного нагляду, коротка пам'ятка, вирізка з медичної газети тощо. Куточок здоров'я повинен мати дошку запитань і відповідей. Відповіді на запитання мають бути завжди оперативні, професійні, повні і корисні.

Листівка – вид інформаційної продукції, що складається з одного аркуша паперу з текстом та інколи супроводжується ілюстраціями.

Брошура – неперіодичне текстове книжкове видання обсягом більше 4-х, але не більше 48 сторінок, з'єднаних за допомогою скріпок чи ниток.

Буклет – видання, надруковане на одному аркуші, який сфальцьований (складений) зазвичай у декілька паралельних згинів, без скобування.

Плакат – як правило, великоформатне зображення (формат А3, А2 чи більше), що добре запам'ятовується. Супроводжується стислим тек-

стом. Зроблене з рекламною, інформаційною, навчальною або агітаційною метою.

Усні журнали. В усних журналах, окрім медпрацівників, повинні брати участь працівники ДАІ, інспектори у справах неповнолітніх, юристи. У своїх повідомленнях вони виступають з проблем не лише медичного характеру, але й таких, які торкаються правових, соціальних і етичних аспектів життя. Тому в усних журналах можна розглядати одразу декілька тем.

Диспути і конференції. Диспут – метод полемічного обговорення будь-якої актуальної, моральної або виховної проблеми, спосіб колективного пошуку, обговорення і вирішення питань, що хвилюють населення. Диспут можливий, коли добре підготовлений, коли в нім беруть участь не лише фахівці, але й (наприклад, у школі) учні, учителі, інші. Зіткнення, боротьба думок пов'язані з відмінностями у поглядах людей, життєвому досвіді, в запитах, смаках, знаннях, у вмінні підходити до аналізу явищ. Мета диспуту полягає в тому, щоб підтримати передову думку і переконати громаду у її правоті.

Формою пропаганди, близької до диспуту, є конференція із заздалегідь розробленою програмою і фіксованими виступами як фахівців, так і самого населення.

Бесіда – це форма прямого міжособистісного спілкування медичних працівників та пацієнтів, яка використовується з метою надання необхідних медико-гігієнічних порад і рекомендацій.

Проводити бесіду потрібно доступною мовою, без використання складної медичної термінології, з різноманітними цікавими прикладами з особистого досвіду.

Бесіди повинні бути недовгими, цікавими, корисними. Їх проводять протягом 15-20 хвилин з окремими пацієнтами чи групою пацієнтів.

З дітьми проводять 10-15-хвилинні бесіди з питань здорового способу життя, дотримання особистої гігієни, загартовування організму тощо. Цей матеріал доцільно супроводжувати демонстрацією відеофільмів, мультфільмів. Теми і тексти бесід повинні бути завчасно складені.

Бесіда за круглим столом – це обговорення групою фахівців конкретних питань охорони здоров'я в присутності слухачів. Проводиться під керівництвом ведучого. Передбачає на певній стадії обговорення проблеми участі в дискусії слухачів.

Вечір запитань і відповідей – це та ж сама бесіда, де запитання ставить аудиторія, а ведучий чи ведучі відповідають.

Лекція – це форма усного надання санітарно-просвітницької інформації змішаній аудиторії. Забезпечує постійний прямий контакт між

лектором і слухачем, дозволяє лектору враховувати реакцію аудиторії. Доповнюється демонстрацією наочних і аудіовізуальних засобів. При використанні лекцій у груповій санітарно-просвітницькій роботі передбачається максимально однорідна аудиторія.

За належної підготовки молодші спеціалісти з медичної освіти можуть виступати з лекціями.

Виставка – експозиція текстових, графічних матеріалів на медико-гігієнічні теми.

Анкетування – це збір інформації з різних аспектів санітарної освіти за допомогою спеціальної анкети. Відповіді на запитання можуть бути отримані або заочно, або шляхом особистісного контакту (опитування). Опитування, зазвичай, має за мету збір даних, які характеризують санітарну культуру населення, готовність респондентів до участі в профілактичних закладах, рівень поінформованості та з визначеної в анкеті теми.

6.4. ЗМІСТ РОБОТИ ГІГІЄНИЧНОГО ВИХОВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Санітарно-освітня робота є невід'ємною та органічною частиною медицини. Вона – обов'язковий розділ діяльності кожного закладу охорони здоров'я та медичного працівника.

Санітарна освіта залежить від завдань закладу охорони здоров'я і скерована на підвищення санітарної культури населення, у зв'язку з чим її зміст поділяється на загальні та спеціальні питання.

Загальні питання орієнтовані на дотримання здорового способу життя, організацію умов праці та побуту, первинну профілактику в аспектах боротьби з основними захворюваннями.

Спеціальні питання – на цільові групи населення (дітей молодшого віку, підлітків, учнівської та студентської молоді, вагітних, хворих тощо). Отримання медичних знань залежить від методів санітарної освіти при індивідуальній, груповій і масовій роботі.

У санітарно-освітній роботі виділяють 3 основні ланки: **санітарна освіта в поліклініці, стаціонарі та на сімейно-територіальній дільниці**

6.4.1. Зміст роботи гігієнічного виховання населення та пропаганди здорового способу життя в амбулаторно-поліклінічних закладах

В сучасних умовах виділяють 2 основних аспекти санітарно-освітньої роботи в амбулаторно-поліклінічних закладах:

– санітарна освіта по залученню населення на медичні профілактичні огляди;

– санітарна освіта диспансерних контингентів в умовах динамічного спостереження за ними.

Важливим елементом профілактичної роботи є визначення груп ризику серед населення за поведінковими чинниками і проведення серед таких мотиваційних втручань, направлених на модифікацію способу життя.

Зміст роботи при проведенні різних форм і методів гігієнічного виховання населення та пропаганди здорового способу життя в амбулаторно-поліклінічних закладах має бути спрямований на висвітлення основ особистої і громадської гігієни, гігієни села, селища, житла, благоустрою і озеленення, утримання присадибних ділянок; на боротьбу із забрудненням довкілля; профілактику захворювань, що викликаються дією на організм несприятливих метеорологічних умов (підвищена вологість повітря, високі і низькі температури тощо); на впровадження фізичної культури в побут кожної людини.

В коло тем цієї діяльності входить також трудова і професійна орієнтація, створення здорових побутових і виробничих умов, формування здорового способу життя.

Велику увагу необхідно приділяти профілактиці інфекційних захворювань, поліпшенню водопостачання і водокористування.

Одним із важливих завдань є пропаганда заходів гігієни праці при сільськогосподарських роботах, запобігання сільськогосподарському травматизму і отруєнню отрутохімікатами.

Значне місце повинні зайняти протиалкогольна та антинаркоманійна пропаганда, роз'яснення шкоди куріння. Куріння є одним із найбільш поширених видів наркоманії. Робота медпрацівників щодо профілактики шкідливих звичок повинна будуватися за певною системою, включаючи правові, медико-біологічні й етичні аспекти.

Проводячи санітарно-просвітню роботу, обов'язково потрібно дотримуватись кількох методичних вимог:

По-перше, тематика й зміст санітарно-просвітніх заходів мають бути тісно пов'язані з виконанням загальногосподарських завдань.

По-друге, санітарна агітація й пропаганда мають ґрунтуватися на місцевому матеріалі. Слід враховувати особливості цієї групи людей або окремих осіб, з якими проводиться така робота.

По-третє потрібно дбати про те, щоб зміст будь-якого санітарно-просвітнього заходу був ясний і зрозумілий.

У проведенні санітарно-просвітньої роботи велику допомогу медпрацівникам надають місцеві ради. Тому медичні працівники мають періодично порушувати питання профілактичної роботи на різних зібраннях, залучати керівні кадри, фахівців різних галузей, інтелігенцію до санітарного активу.

Профілактичну роботу серед населення медпрацівники проводять у будинках Просвіта (клубах) і бібліотеках, дитячих дошкільних закладах і школах, у домашніх умовах. Зокрема, у будинках Просвіта (клубах) можна організовувати лекторії, тематичні вечори, виставки, створювати санітарні куточки, проводити презентації, демонструвати санітарно-просвітні фільми, у бібліотеках проводити диспути, огляди і виставки рекомендованої літератури.

Під час амбулаторного прийому доцільно організувати індивідуальні і групові бесіди, звертаючи основну увагу на гігієну та профілактику захворювань. У почекальних медичних закладів можна влаштувати невеликі тематичні виставки, вивішувати плакати, таблиці, ілюстровані гасла та брошури на пристінних стендах. Поряд доцільно розміщувати стіннівки й санітарно-просвітні бюлетені.

Ефективність санітарно-освітньої роботи безпосередньо залежить від санітарного й естетичного стану самого медичного закладу, від якості медичного обслуговування в ньому.

У школах та дошкільних навчальних закладах медпрацівник використовує традиційні методи навчання батьків, дітей та підлітків з питань охорони здоров'я (співбесіда, групові дискусії, лекції, тематичні вечори, вечори запитань і відповідей, бесіди за круглим столом, усні журнали, лекторії здоров'я, анкетування, уроки здоров'я, дні здоров'я та ін.). Широко використовуються і методи наочної агітації: санбюлетені, виставки та куточки здоров'я, книжкові виставки.

Велику роль у пропаганді здорового способу життя можуть грати театральні-видовищні та масові спортивні заходи.

6.4.1.1. Санітарна освіта на сімейно-територіальній дільниці

Ця робота складається із санітарного просвітництва:

- хворих і їхніх родичів при відвідуванні вдома, форми та засоби санітарно-освітньої роботи аналогічної гігієнічному вихованню хворих із гострими захворюваннями;
- усього населення сімейно-територіальної дільниці (інформованість населення про профілактичні та оздоровчі заходи, проведені поліклінікою, амбулаторією сімейної медицини, питання гігієнічного

виховання населення, спрямоване на прищеплення навичок щодо здорового способу життя).

Широко використовуються за місцем проживання традиційні форми масової та групової санітарно-освітньої роботи: лекції, профілактичні прийоми, вечори запитань і відповідей, а також тематичні вечори, тематичні зустрічі тощо. Медичні працівники ЗОЗ беруть участь в проведенні занять в школах здоров'я, лекторіях, народних університетах медичних та гігієнічних знань.

В сучасних умовах профілактичної роботи особливу важливість набуває гігієнічне виховання груп людей, що мають підвищений ризик щодо виникнення захворювань. Серед преморбідних станів найбільш прогностично небезпечні такі, як тенденція до надлишкової ваги, предгіпертонія, предіабет, гіперхолестеринемія і т.д. В основі багатьох із них лежать порушення гігієнічних норм поведінки: гіподинамія, паління, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, неправильний режим т.д.

Санітарна освіта осіб, що знаходяться під загрозою хвороби, включає питання первинної профілактики захворювань, можливість розвитку або початкові ознаки якого спрямовані на корекцію їх гігієнічної поведінки.

В даному випадку необхідно впливати на вже сформовані навички поведінки і тому санітарно-просвітницька робота повинна будуватися таким чином, щоб була можливість безпосереднього спілкування, в процесі якого реципієнт зміг взяти на себе зобов'язання про зміну своєї поведінки, а медичний працівник – контролювати їх виконання.

Методика санітарно-освітньої роботи із зазначеними контингентами включає індивідуальну бесіду медпрацівника, підкріплену врученням пам'ятки, (буклету), що містить конкретні поради, спрямовані на усунення несприятливих для здоров'я чинників, а також проведення групової бесіди-дискусії (групи підбирають з осіб, що мають однакові захворювання або вплив однакових факторів ризику). До проведення групових занять залучають вузьких спеціалістів поліклініки: дієтолога, лікаря ЛФК, психотерапевта та інших.

Участь психотерапевта чи психолога в гігієнічному вихованні має особливе значення, оскільки в цих групах населення потрібно створити психологічну установку на необхідність корекції гігієнічної поведінки на мобілізацію їх вольового зусилля.

Санітарне просвітництво серед хворих має на меті виробити в них навички адекватної, правильної гігієнічної поведінки, яка буде сприяти якнайшвидшому одужанню або полегшенню протікання захворювання. Від цього у великій мірі залежить успіх лікування і прискорення видужання.

Методика гігієнічного виховання хворих проводиться за 2-ма напрямками:

санітарне просвітництво хворих із гострими та хронічними захворюваннями.

Багато хронічних захворювань є наслідком недостатнього лікування гострих захворювань, тому адекватна гігієнічна поведінка хворого з гострим захворюванням є важливою умовою попередження розвитку хронічних процесів. Програма гігієнічної інформації повинна включати обов'язковий мінімум відомостей по лікуванню і раціональному режиму на період хвороби і реконвалесценції.

На виконання хворими лікувально-профілактичних заходів чималий вплив мають члени їх сім'ї. Санітарно-освітня робота з родичами хворих і особами, що безпосередньо доглядають за хворими в домашній обстановці, має на меті створити сприятливий психологічний клімат у сім'ї, сприяти суворому виконанню призначень і розпоряджень лікаря і забезпечувати догляд за хворим.

Санітарне просвітництво людей, що страждають хронічними захворюваннями, здійснюється за методикою курсу очно-заочного навчання.

Цей курс включає:

– індивідуальну бесіду, в процесі якої хворий отримує необхідні гігієнічні рекомендації;

– групову бесіду за участю медичних працівників, під час якої хворий одержує додаткову медико-гігієнічну інформацію, що дає можливість краще зрозуміти поради медичного працівника, усвідомити необхідність їх виконання.

6.4.2. Зміст роботи із гігієнічного виховання пацієнтів в умовах стаціонару

Мета санітарно-освітньої роботи в стаціонарі – підвищити ефективність лікувальних і профілактичних заходів прищеплюванням хворому необхідних гігієнічних навичок.

У кожному відділенні повинен бути складений план цієї роботи, перелік лекторів та відповідальних, тем лекцій, бесід, графік їх проведення тощо (за нормативами на кожного медичного працівника виділяється для цієї роботи 4 год на місяць).

Оперативне керівництво, організацію та контроль за цією роботою здійснюють завідувачі відділень, сестри медичні старші.

Гігієнічне навчання хворих у закладах охорони здоров'я є однією з найпоширеніших форм гігієнічного виховання населення, що визначається необхідністю знання і дотримання хворим правил особистої і громадської гігієни в умовах перебування в стаціонарі.

Гігієнічне виховання в умовах стаціонару включає інформацію:

- про правильну гігієнічну поведінку під час перебування в лікарні (правила особистої гігієни, гігієнічна обробка рук, тощо), особливо після виписки для попередження прогресування захворювання, тобто служить цілям вторинної профілактики захворювань. При цьому важливо враховувати потребу хворого одержати максимум інформації про своє захворювання і стан;
- додаткову медико-гігієнічну інформацію у зв'язку з тим, що в хворої людини відзначається підвищений інтерес до медичних питань, а в стаціонарі є всі умови та час для одержання необхідної інформації. Відповідно до інформативних завдань санітарно-освітня робота здійснюється на всіх етапах перебування хворого в умовах стаціонару;
- у приймальному відділенні – індивідуальна бесіда з врученням пам'ятки, де містяться дані про внутрішньолікарняний розпорядок, про гігієнічні вимоги щодо поведінки хворих;
- у палаті – індивідуальна або групову бесіду;
- у холах лікарняних відділень – групову бесіду з хворими, дискусія відповідно до нозологічної форми захворювання з використанням тематичних наочних засобів – лекційних діапозитивів, лекторських папок та інш. З успіхом застосовується слайдові презентації, що ілюструють основні медичні дані і гігієнічні рекомендації, що повідомляються хворим;
- при виписуванні хворого із стаціонару – індивідуальна бесіда з врученням пам'ятки, яка містить гігієнічні рекомендації, виконання яких необхідно для успішної реабілітації і з метою профілактики рецидивів захворювання.

Для гігієнічного навчання хворих у стаціонарі використовують різні форми і засоби санітарної освіти: бесіди, лекції, "години" запитань і відповідей, листівки, пам'ятки, брошури, презентації, інформаційно-тематичні стенди, плакати, лозунги, альбоми, санітарні бюлетені тощо.

Бажано, щоб гігієнічне навчання хворих забезпечувало знайомство з комплексною системою популярних знань із питань охорони здоров'я, а не тільки з тих, які стосуються даного захворювання. Тому доцільно проводити гігієнічну підготовку хворих у спеціально створених за цикловою системою "школах здоров'я".

Проводячи роботу з гігієнічного навчання хворих, необхідно визначити контингент, який доцільно залучити до того чи іншого виду навчання.

У кожному відділенні і в кожному окремому випадку це питання має вирішуватися з урахуванням характеру і ступеня важкості захворювання, тривалості перебування хворого в стаціонарі, його віку, професії, загального рівня знань, психологічних особливостей та інших чинників.

Здебільшого основний контингент хворих, які залучаються до навчання, мають складати ті, хто видужує, а також хворі, яким після основних діагностичних досліджень призначено курс лікування і загальний стан здоров'я яких не заважає брати участь у "школах здоров'я", бесідах та інших формах навчання.

У програму гігієнічного виховання хворих з хронічними захворюваннями обов'язково повинні включатися питання надання самопомоги при загостренні захворювання. Хворий повинен бути орієнтований у відношенні початкових ознак рецидиву захворювання з тим, щоб він міг вчасно надати самопомогу для себе і вчасно звернутися до лікаря.

ДОДАТКИ ДО РОЗДІЛУ VI

Додаток 1

Зразок річного плану Санітарно-просвітницької роботи

<i>№ п/п</i>	<i>Назва заходу</i>	<i>Термін виконання</i>	<i>Виконавці</i>	<i>Відм. про виконання</i>
1.	На оперативних нарадах у директора КНП заслуховувати стан санітарно-освітньої роботи у ЗОЗ (за рік, поквартально)			
2.	При контролі роботи структурних підрозділів звертати увагу на санітарно-освітню роботу			
3.	Забезпечити роботу шкіл мате-ринства за програмами			
4.	Брати участь в роботі молодіжних лекторіїв з морально-гігієнічних проблем з учнями випускних класів			
5.	Здійснювати гігієнічну підготовку працівників сільського господарства			
6.	Проводити масову санітарно-освітню роботу (кількість бесід)			
7.	Оформити і систематично оновлювати матеріали для проведення санітарно-освітньої роботи: - настільні, настінні сан бюлетені, - тематичні папки			
8.	Проводити облік санітарно-освітньої роботи у Журналі ф.038			
9.	Готувати щоквартально інформацію директору КНП з актуальних проблем охорони здоров'я			
10	Підготувати дані до річного звіту про проведену санітарно-освітню роботу на дільниці			

Зразок
Програми школи материнства для вагітних

№ з/п	Тема занять	Кількість годин	з них:	
			теоретичних	практичних
1.	Основи законодавчих актів, які захищають вагітну жінку, матір і пояснення суті соціальних пільг, наданих для народження і виховання дитини. Анатомо-фізіологічні особливості організму вагітної жінки.	1	1	
2.	Вагітність від зачаття до пологів Харчування жінки в першу половину вагітності. Вплив алкоголю і куріння на організм матері і плоду.	2	2	
3.	Гігієна і харчування жінки у другій половині вагітності	1	1	
4.	Психоемоційний стан жінки під час вагітності.	2	2	
5.	Пологи: періоди, типи дихання та партнерські пологи	4	1	3
6.	Післяпологова реабілітація	2	2	
7.	Особливості організму новонародженого, догляд за новонародженим.	2	1	1
8.	Грудне вигодовування дитини.	1	1	
	Усього:	15	11	4

Зразок
Програми школи для матерів, які мають дітей першого року життя

№ з/п	Тема занять	Кількість годин	з них:	
			теоретичних	практичних
1.	Основи законодавчих актів, які захищають матір новонародженої дитини, пояснення суті соціальних пільг для виховання дитини.	1	1	
2.	Догляд за новонародженою дитиною і грудною дитиною та її вигодовування. Режим дня дитини 1-го року життя. Основні показники, які характеризують здоров'я дитини.	2	2	
3.	Раціональне вигодовування дитини 1-го року життя. Шкідлива дія алкоголю і куріння на здоров'я дитини.	2	2	
4.	Фізичне виховання дитини. Загартування дитини. Гімнастика. Масаж. Водні процедури.	2		
5.	Профілактика найбільш поширених захворювань у дітей раннього віку: рахіту, шлунково-кишкових захворювань, гострих респіраторних вірусних захворювань, пневмонії, ексудативного діатезу, гіпотрофії.	2	2	
6.	Профілактичні щеплення. Основні поняття про дитячі інфекційні захворювання.	1	1	
7.	Профілактика дитячого травматизму. Надання першої допомоги при невідкладних станах, травмах.	2	1	
8.	Догляд за хворою дитиною в сім'ї.	1		
9.	Що необхідно знати про СНІД?	1	1	
	Усього:	14	16	

Зразок
Програми школи для батьків,
які мають дітей дошкільного віку

№ з/п	Тема занять	Кількість годин	з них:	
			теоретичних	практичних
1.	Раціональне харчування дітей дошкільного віку. Профілактика отруєнь	2	1	1
2.	Загартування і фізичне виховання дітей дошкільного віку. Профілактика захворювання верхніх дихальних шляхів.	3	2	1
3.	Виховання дітей в сім'ї.	1	1	
4.	Гострі дитячі інфекції та їх профілактика.	2	2	
5.	Профілактика ревматизму і туберкульозу у дітей.	1	1	
6.	Глистяні захворювання у дітей.	1	1	
7.	Профілактика дитячого вуличного і побутового травматизму.	1	1	
8.	Профілактика СНІДу.	1	1	
	Усього:	12	10	2

Примірний перелік тем для гігієнічного виховання пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних закладах та стаціонарі

1. Здоров'я. Чинники ризику виникнення захворювань. Характеристика найбільш вагомих чинників: забруднення навколишнього природного середовища, нераціональне харчування, гіподинамія, шкідливі звички (алкоголізм, паління, наркоманія, токсикоманія).

2. Психічна саморегуляція.

2.1. Саморегуляції поведінки діяльності як одна з важливих функцій психіки людини.

2.2. Звички: корисні, шкідливі. Правила позбавлення від шкідливих звичок.

2.4. Принципи ставлення до життя, які сприятливо впливають на мотиваційну саморегуляцію. Реалізація програми самовиховання.

2.5. Психологічний захист. Аутотренінг як система концентрованого саморозслаблення і самонавіювання.

3. Генетична схильність до захворювань.

4. Рух – запорука здоров'я. Вплив рухової активності на функціональний стан органів і систем.

4.1. Гігієнічні вимоги до фізичних вправ, приміщення, взуття, одягу.

4.2. Основні принципи тренування: поступовість, систематичність, різноманітність.

4.3. Фізичні вправи як лікувальний чинник. Визначення ступеня фізичного навантаження за частотою пульсу і дихання.

4.4. Особливості рухової активності різних груп населення з урахуванням віку, характеру праці, стану здоров'я.

5. Раціональне харчування.

5.1. Раціональне харчування – чинник профілактики захворювань. Визначення поняття, вплив раціонального харчування на здоров'я. Основні вимоги до раціонального харчування.

5.2. Енергетична цінність харчового раціону. Основні принципи збалансованого харчування, засвоєваність, органолептичні властивості, різноманітність їжі, санітарно-гігієнічні вимоги до їжі.

5.3. Режим харчування. Поєднання раціонального харчування з правильною організацією рухового режиму.

5.4. Харчування в похилому віці.

5.5. Харчування при розумовій та фізичній праці.

5.6. Організація харчування залежно від інтенсивності (енерговитрат) праці. Формула розрахунку маси тіла.

5.7. Характеристика розвантажувальних дієт.

6. Загартування організму.

6.1. Основні принципи загартовування: поступовість, систематичність, врахування індивідуальних особливостей пацієнтів, створення позитивного емоційного настрою, поєднання з фізичною активністю.

6.2. Характеристика основних засобів загартовування.

6.3. Рекомендації щодо загартовування здорової людини.

7. Профілактика інфекційних захворювань.

7.1. Імунізація, як один методів профілактики інфекційних захворювань.

7. Навчання хворих та їх родичів елементам догляду:

7.1. Особиста гігієна хворого і догляд за ними включає :

- облаштування ліжка пацієнта;
- надання пацієнту необхідного положення у ліжку;
- заміна постільної і нагільної білизни лежачого хворого;
- догляд за шкірою і волоссям у лежачого хворого;
- підкладання суден лежачому хворому;
- подання сечоприймача лежачому пацієнту;
- підмивання лежачого хворого;
- комплексна профілактика пролежнів;
- догляд за порожниною рота, очима, вухами;
- годування хворого.
- правила гігієнічної обробки рук.
- респіраторний етикет.

7.2. Використання лікарських засобів.

7.3. Підготовка хворих до лабораторних та інструментальних досліджень.

7.4. Навчання родичів спостереження за хворими :

- зовнішнім виглядом;
- станом ЦНС (притомність, адекватна поведінка);
- станом дихальної системи (частота, глибина, ритм дихання, патологічні типи ядухи);
- станом серцево-судинної системи (частота, ритм, наповнення і напруження пульсу; артеріальний тиск);
- станом органів травлення (випорожнення, відходження газів);
- станом сечової системи (добовий, денний, нічний діурез);
- температурою тіла;
- кольором шкірних покривів і видимих слизових оболонок;
- шириною зіниць і їх реакцією на світло, систематично перевіряти наявність рогівкового рефлексу, про який свідчитиме захисна реакція ока у відповідь на легке приторкування ватної пушинки до склери;
- постійний нагляд за голкою або катетером, введеним внутрішньовенно.

7.5. Надання першої домедичної допомоги при невідкладних станах.

Примітка: тематика занять може змінюватися, доповнюватися в залежності від профілю відділення, виду надання медичної допомоги, тощо.

Основні аспекти рівня знань медпрацівників для успішного проведення навчання пацієнтів

1. Мистецтво спілкування.

1.1. Спілкування як ефективний спосіб допомоги людям в адаптації до змін в житті у зв'язку з захворюванням.

1.2. Рівні спілкування. Терапевтичний і нетерапевтичний засіб спілкування.

1.3. Два типи спілкування: словесний і безсловесний.

1.3.1. Ясність і стислість мови темп, гучність. Словниковий склад. Розрахунок часу. Майстерність письма як форма словесного спілкування з пацієнтами, що страждають на зниження слуху.

1.3.2. Підтримка зв'язків з пацієнтами, нездатними до вербального спілкування.

Самоконтроль медичного працівника при безсловесному спілкуванні (обличчя, міміка, жести).

1.4. Етико-деонтологічні особливості спілкування з безнадійною людиною.

2. Функції медичного працівника як викладача з питань, що стосуються стану здоров'я

2.1. Сфери навчання: пізнавальна, емоційна, психомоторна.

2.2. Способи навчання: формальні і неформальні, індивідуальні і колективні.

2.3. Оцінка потреб пацієнта і (або) його сім'ї у навчанні.

2.4. Мотивація навчання.

2.5. Оцінка вихідного рівня знань і умінь пацієнта.

2.6. Врахування факторів, що впливають на здатність до навчання: вік, освіта, стан здоров'я.

2.7. Організація навчання.

2.7.1. Зміст навчання: збереження здоров'я, підтримка певного рівня здоров'я, підтримка певного рівня життя.

2.7.2. Вибір часу навчання. Планування навчання сумісно з пацієнтом з урахуванням його індивідуальності.

- 2.7.3. Якість і однозначність завдань.
- 2.7.4. Темп навчання.
- 2.7.5. Активна участь і заохочування зацікавленості пацієнта в навчанні.
- 2.7.6. Створення сприятливої для навчання обстановки: тиша, освітлення, вентиляція, температура повітря.
- 2.8. Педагогічний такт. Необхідні комунікативні навички.
- 2.9. Педагогічні прийоми: бесіда. Демонстрація, забезпечення спеціальною літературою. Наочність навчання.
- 2.10. Оцінка якості і ефективності навчання.

РОЗДІЛ VII

КОНТРОЛЬ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Одним з потужних механізмів поліпшення ефективності використання ресурсів є підвищення якості медичної допомоги.

Розроблено порядок управління і контролю якості, який являє собою вертикально організовану структурно-функціональну систему, що включає усі рівні управління – від Міністерства до закладу охорони здоров'я.

Наказом МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. "Про порядок контролю якості медичної допомоги" затверджено Порядок контролю якості медичної допомоги. Цей Порядок розроблено з метою впровадження та організації роботи щодо управління якістю медичної допомоги.

Якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я та/або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; самооцінки медичних працівників; організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

Для того, щоб створити чітку систему управління якістю роботи медсестринської служби закладів охорони здоров'я насамперед необхідно звернути увагу на такий важливий аспект як роль заступника керівника ЗОЗ з медсестринства, головної (старшої) медсестри в організації систематичного контролю за якістю роботи молодших спеціалістів з медичною освітою у закладах охорони здоров'я та їх структурних підрозділах, моніторингу якості догляду за пацієнтами і виконання алгоритмів медичних процедур та маніпуляцій молодшими спеціалістами з медичною освітою, покращення якості надання сестринського догляду та медичної допомоги населенню.

З метою удосконалення системи контролю за якістю роботи молодших спеціалістів з медичною освітою та якості надання сестринського догляду у закладах охорони здоров'я Львівської області наказом департаменту охорони здоров'я ЛОДА № 192 від 23.05.2022 р. затверджено методичні рекомендації "Організація контролю за якістю роботи молодших спеціалістів з медичною освітою та якості надання сестринського догляду у закладах охорони здоров'я Львівської області".

У рекомендаціях представлені методичні підходи до організації контролю якості надання сестринського догляду та якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою (сестер медичних, фельдшерів, акушерок, лаборантів) з використанням існуючих та адаптованих до сфери охорони здоров'я новітніх технологій контролю (методологія організації внутрішнього аудиту з контролю якості медичної допомоги,

рівні контролю якості медичної допомоги, індикатори за показниками структури, процесу, результату та методи розрахунку окремих показників), а також до формування критеріїв якості медичної допомоги у відповідності до її компонентів.

Відповідно до ПОЛОЖЕННЯ про контроль та оцінювання якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою закладів охорони здоров'я в ЗОЗ запроваджується **триступенева система контролю якості роботи сестер медичних а саме:**

- на першому рівні – сестра медична старша, завідувач відділення, завідувач ЛАЗПСМ;
- на другому рівні – заступник директора (медичного директора) з медсестринства (головна медична сестра);
- на третьому рівні – Рада сестер медичних ЗОЗ.

Методи оцінювання:

- експертиза – контроль на робочому місці;
- анкетування пацієнтів;
- залікове оцінювання;
- запис у журнал дефектів, допущених при виконанні правил сестринського (медичного) догляду, алгоритми маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, правил, інструкцій молодшими спеціалістами з медичною освітою.

Рейтингова технологія контролю. Показники дефектів:

Оцінка якості роботи сестер медичних проводиться згідно трьох параметрів:

1. Виконання сестринського (медичного) догляду, алгоритми маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, стандартних операційних процедур, правил, інструкцій повністю відповідає нормативам технологій стандартів.

Виставляється максимальне число балів.

2. Виконання сестринського (медичного) догляду, алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, стандартних операційних процедур, правил, інструкцій не повністю відповідає нормативам технологій і стандартів (частково виявлені помилки в роботі і недотримання вимог).

Виставляється 50% від максимального числа балів.

3. Виконання сестринського (медичного) догляду, алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, стандартних операційних процедур, правил, інструкцій не відповідає нормативам технології і стандартів (повністю не виконана робота та недотримані вимоги щодо її виконання).

Виставляється 0 балів.

Контролює та оцінює якість роботи сестер медичних сестра медична старша щодня, безпосередньо на робочому місці молодшого спеціаліста з медичною освітою, який передбачає відстеження послідовності виконання дій локального документа.

Виявлені помилки (порушення) фіксують у журналі дефектів, допущених при виконанні стандартів сестринського догляду, алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, правил, інструкцій.

За результатами контролю заповнюють контрольні карти оцінювання якості виконання стандартів сестринського догляду, алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою, правил, інструкцій. Ці контрольні карти заповнюють на кожного працівника згідно із обійманою посадою. Бали виставляються по кожному розділу зокрема за місяць. Загальний бал виводять у кінці кожного місяця, що в сумі становить 50 балів (якщо немає помилок, порушень з боку молодших медичних спеціалістів).

Кожного кварталу проводять аналіз роботи за дефектами, виявленими під час проведення контролю якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою, та визначають середній бал.

Окремо виставляються **індикатори якості виконання молодшими спеціалістами з медичною освітою алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою.**

Індикатори якості обчислюються сестрами медичними старшими 1 раз на квартал в загальному по структурному підрозділу з річним підсумком у відсотках, виставляються у Контрольну карту індикаторів якості виконання молодшими спеціалістами з медичною освітою алгоритмів маніпуляцій з догляду за пацієнтом та виконання медичних процедур і маніпуляцій для молодших спеціалістів з медичною освітою та подаються до заступника медичного директора з медсестринства (головної медичної сестри) для загального обчислення індикатора по ЗОЗ.

Примітка. КРИТЕРІЇ визначення рівня якості роботи, рейтингова технологія контролю щодо визначеності рівня якості роботи сестер медичних, КРИТЕРІЇ оцінки якості роботи сестер медичних, КОНТРОЛЬНІ карти оцінки якості роботи сестер медичних надані у методичні рекомендації "Організація контролю за якістю роботи молодших спеціалістів з медичною освітою та якості надання сестринського догляду у закладах охорони здоров'я Львівської області".

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання: навч. посібник. – К.: Медицина, 2008. – 304с.
2. Касевич Н.М. Основи медсестринства в модулях: навч. посіб. – К.: Медицина, 2009.
3. Ковальова О.М., Лісовий В.М., Шевченко С.І., Фролова Т.В. та ін. Догляд за хворими: підручник. – К.: ВСВ Медицина, 2010. – 488 с.
4. Лісовий В.М., Ольховська Л.П., Капустник В.А. Основи медсестринства: підручник. – К.: ВСВ Медицина, 2010. – 560 с.
5. Савка Л.С., Разінкова Л.І., Коплик А.Ф., Коцар О.І., Аленіч О.І. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посіб. / За ред. Л.М. Ковальчука, О.В. Кононова. – К.: Медицина, 2009. – 480 с.
6. Рекомендації Європейської Ради Реанімації 2021: БАЗОВІ РЕАНІМАЦІЙНІ ЗАХОДИ
7. С. Бронікова Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід, 2020. – 72 с.
8. ДОВІДНИК кваліфікаційних характеристик професій працівників ВИПУСК 78 Охорона здоров'я.
9. Етичний кодекс медичної сестри України.
10. Н. Галапац, С. Крук, І. Шевчук Організація контролю за якістю роботи молодших спеціалістів з медичною освітою та якості надання сестринського догляду у закладах охорони здоров'я Львівської області: методичні рекомендації. – Львів, 2022. – 103 с.
11. Наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. "Про порядок контролю якості медичної допомоги".
12. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 "Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України" Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1422 від 29.12.2016;
13. Наказ МОЗ України № 584 від 16.12.2003р. "Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах".
14. Наказ МОЗ України № 898 від 27.12.2006 р. "Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування".
15. Наказ МОЗ України № 996 від 26.09.2016 р. "Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України" щодо порядку здійснення фармаконагляду за побічними реакціями лікарських засобів.
16. Постанова Кабінету Міністрів України № 333 від 13.05.2013 "Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я".
17. Наказ МОЗ України № 494 від 07.08.2015 "Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я".
18. Наказ МОЗ України № 931 від 29.10.2013 р. "Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні".
19. Наказ МОЗ України № 1777 від 03.08.2020 р. "Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами".

Підписано до друку 21.09.2022 р. Формат 60x84/16.
Ум. арк. 6,045. Зам. №167/04-06.

Видавництво “СПОЛОМ” 79008 Україна, м. Львів, вул. Краківська, 9.
Тел./факс: (380-32) 297-55-47. E-mail: spolom_lviv@ukr.net
Свідоцтво суб'єкта видавничої діяльності:
серія ДК, № 2038 від 02.02.2005 р.