

Тесты кафедры анатомии человека МГМСУ им. А.И. Евдокимова

План

Введение

Глава 1. Уход за больными и его значение

Глава 2. Личная гигиена медицинского работника

Глава 3. Санитарная обработка больных

Глава 4. Личная гигиена больного

Заключение

Список литературы

Введение

Личная гигиена - отрасль гигиены, изучающая вопросы сохранения и укрепления здоровья человека путем соблюдения режима гигиенического режима его жизни и деятельности.

В течение многих веков человек уделял особое внимание личной гигиене. В каждый исторический период предметы и средства, используемые для ухода, постоянно совершенствовались.

Уход за собой - жизненная потребность каждого человека.

Гигиена необходима для хорошего самочувствия, комфорта и собственного удовлетворения, а также для борьбы с инфекцией. Гигиена - сугубо личное дело каждого человека, и уровень удовлетворения этой потребности будет зависеть от особенностей личности, в том числе от степени независимости от окружающих, уровня культуры, социально-экономического статуса, уровня общего развития, степени индивидуальной потребности.

Медицинская сестра помогает пациенту в удовлетворении гигиенических потребностей в случае невозможности реализовать их самому. Поэтому сестра должна знать все факторы жизни пациента для того, чтобы обеспечить индивидуализированный уход и поощрять его к максимальной независимости и самостоятельности, выздоровлению.

Глава 1. Уход за больными и его значение

Под уходом за больными в повседневной жизни понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей. К таким потребностям относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Кроме того, уход подразумевает создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома - тишины, удобной и чистой постели, свежего нательного и постельного белья и т. д. В стационаре в таком объеме уход осуществляют, как правило, младший медицинский персонал, а дома - родственники больного. Итак, под уходом следует понимать: создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате и дома; устройство удобной постели и

содержание ее в чистоте; гигиеническое содержание больного, оказание ему помощи во время туалета, приема пищи, физиологических и болезненных отправлениях организма; выполнение врачебных назначений; организацию досуга больного; поддержание в больном бодрого настроения.

Уход за больным это и круглосуточное наблюдение за ним. Обо всех замеченных изменениях средний медицинский персонал сообщает врачу, что помогает ему составить правильное представление о состоянии больного и правильно вести лечение. Своевременное распознавание болезни, хороший уход и назначение правильного лечения обеспечивают больному выздоровление.

Чтобы осуществлять эффективный уход за больными и быть достойными помощниками врачей, средние медицинские работники должны владеть медицинскими знаниями.

Решающая роль в обеспечении правильного ухода за больными отводится среднему и младшему медицинскому персоналу. Функции медицинских сестер в зависимости от типа лечебно-профилактических учреждений (стационар, поликлиника, диспансер), профиля работы отделения (терапевтическое, хирургическое, офтальмологическое), той или иной должности (палатная, процедурная медицинская сестра, медицинская сестра приемного отделения, старшая медицинская сестра) существенно различаются. Вместе с тем можно выделить общие обязанности, которые медицинские сестры должны выполнять при осуществлении ухода за больными. Эти обязанности весьма многообразны.

В повседневной работе и при осуществлении ухода за больными такие человеческие качества, как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота, внимание требуются от всех медицинских работников, будь это медсестра, санитарка или студент, проходящий медицинскую практику в больнице. Медицинский персонал нередко имеет дело с очень тяжелыми больными с выраженными нарушениями двигательных функций, недержанием мочи и кала, которым приходится по несколько раз в день менять белье и проводить санитарно-гигиеническую обработку, которых приходится кормить с ложечки. Такие пациенты бывают в тягость окружающим, а нередко - и самим себе. Уход за такими больными требует огромного терпения, такта и сострадания.

Представленные деонтологические аспекты ухода за больными приобретают в настоящее время очень большое значение. К сожалению, нередкими в работе медицинского персонала по уходу за больными стали такие проявления, как черствость, грубость, раздражительность, равнодушие, корыстные побуждения. Отчасти это объясняется падением престижа работы медицинской сестры и санитарки, систематической нехваткой среднего и младшего медицинского персонала, приходом в медицину случайных людей. Отсюда и своеобразный парадокс: уровень диагностики и возможности лечения заболеваний значительно возросли, а качество ухода за больными снизилось. Очень важно улучшить уход за престарелыми людьми, тяжело больными, инвалидами, а делать это надо через повышение престижа профессии медицинской сестры и санитарки.

Высокие моральные качества медицинских работников, осуществляющих уход за

больными, должны обязательно подкрепляться их образованностью, высоким профессионализмом, глубоким знанием дела.

Глава 2. Личная гигиена медицинского работника

Медицинский работник любого ранга должен соблюдать правила личной гигиены, сохранять свое здоровье. Это необходимо как для него самого, так и для обслуживаемых им больных. Медицинский работник должен быть примером высокой санитарной культуры. Никакая агитация не дает такого результата, как личный пример. Если медицинский работник сам не бережет свое здоровье, то, как же он может научить беречь здоровье больного?

О значении внешнего вида медицинского работника говорил еще Гиппократ - великий древнегреческий врач (460-377 лет до н. э.). "Врачу сообщает авторитет, - говорил Гиппократ, - если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями (имеющими запах не подозрительный), ибо все это обыкновенно приятно для больных".

Медицинский работник не должен иметь дурных привычек, а если он приобрел их, то должен стараться от них избавиться. К дурным привычкам, не совместимым с медицинской профессией, относятся курение, злоупотребление алкоголем и т. п.

Глава 3. Санитарная обработка больных

При поступлении больного в приемном отделении проводят его тщательный осмотр с целью выявления педикулеза. В таких случаях могут обнаружиться головная, платяная и лобковая вошь.

При обнаружении вшивости проводят санитарную обработку, которая может быть полной (мытьё больного с мылом и мочалкой в ванне или под душем, уничтожение микроорганизмов и насекомых в белье, одежде, обуви, постельных принадлежностях и жилых помещениях, т. е. дезинфекция и дезинсекция) или частичной, подразумевающей только мытьё людей и дезинфекцию (дезинсекцию) белья, одежды и обуви.

Для борьбы с педикулезом в настоящее время есть множество специальных средств, которые нетоксичны, и не требуют стрижки волос. Средство накладывают на волосяной покров головы и покрывают вощеной бумагой, сверху на голову повязывают косынку или надевают шапочку, или просто моют голову специальным шампунем. Для удаления гнид в течение нескольких дней повторно расчесывают волосы частым гребнем с ватой, смоченной горячим 10 % раствором столового уксуса.

Для уничтожения лобковых вшей сбривают пораженные волосы, после чего обычно достаточным бывает повторное мытьё тела горячей водой с мылом. гигиена санитарный дезинфекция

Белье и одежда больных обеззараживаются в дезинсекционных камерах

(паровоздушных, горячевоздушных и т. д.). Медицинский персонал, осуществляющий обработку больных с педикулезом, должен пользоваться специальной длинной одеждой из прорезиненной ткани или плотного холста.

Профилактика вшивости состоит в регулярном мытье тела, своевременной смене нательного и постельного белья.

При поступлении в стационар в необходимых случаях больные принимают гигиеническую ванну или душ, причем больных, нуждающихся в посторонней помощи, опускают в ванну на простыне или сажают на поставленный в ванну табурет и обливают с помощью душа.

Гигиеническую ванну или душ в приемном отделении (иногда это не совсем правильно называют санитарной обработкой) должны принимать все больные, затем они переодеваются в больничную одежду. На практике это правило соблюдается далеко не всегда, что связано с несколькими причинами. С одной стороны, больные, поступающие на госпитализацию в плановом порядке, принимают, как правило, душ или ванну дома. С другой стороны, в приемном отделении стационара часто не хватает помещений и медицинского персонала, чтобы организовать прием ванны или душа всем поступающим больным.

Что касается больничного белья (пижам и халатов), то оно часто отличается невысоким качеством, и больные переодеваются в одежду, взятую с собой из дома. Поэтому больные принимают ванну в приемном отделении и переодеваются в больничную одежду обычно лишь по определенным показаниям (в инфекционных больницах, при сильном загрязнении кожных покровов и т. д.).

Не разрешается принимать гигиеническую ванну больным с тяжелыми заболеваниями (с гипертоническим кризом, острым инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, с выраженной недостаточностью кровообращения, туберкулезом в активной фазе и др.), некоторыми кожными заболеваниями, заболеваниями, требующими экстренного хирургического вмешательства, а также роженицам. Обычно в таких случаях кожные покровы больного обтирают тампоном, смоченным теплой водой с мылом, затем чистой водой и насухо вытирают.

Для обтирания можно также использовать теплую воду с добавлением одеколона или спирта. Ногти у больных коротко подстригают.

Глава 4. Личная гигиена больного

При заболеваниях наблюдаются различные изменения положения больного. Так, при удовлетворительном состоянии пациенты активны, они легко и свободно осуществляют те или иные движения. При невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости и др.) говорят о пассивном положении больного. При некоторых заболеваниях встречается вынужденное положение, которое пациенты должны принимать для уменьшения болезненных ощущений. Примером вынужденного положения может служить так называемое ортопноэ - сидячее положение больного со спущенными вниз ногами.

Его принимают больные с недостаточностью кровообращения и застоем крови в малом круге кровообращения. В положении ортопноэ происходит перераспределение крови с депонированием ее в венах нижних конечностей, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и ослабевает одышка. Положение больного не всегда совпадает с назначенным больному двигательным режимом - строгим постельным (больному не разрешается даже поворачиваться), постельным (можно поворачиваться в постели, не покидая ее), полупостельным (можно вставать) и общим (без существенного ограничения двигательной активности). Например, больные в первые сутки инфаркта миокарда должны соблюдать строгий постельный режим даже в случае их активного положения. А обморок, приводящий к кратковременному пассивному положению пациента, вовсе не является показанием для последующего ограничения двигательного режима. Необходимость создания тяжелобольному удобного положения в постели обуславливает ряд требований к устройству кровати. Для этого лучше всего подходит так называемая функциональная кровать, головной и ножной конец которой можно при необходимости перевести в нужное положение - поднять или опустить. (В ее кроватиной сетке предусмотрено несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки.) Сейчас есть более совершенные кровати, предусматривающие вмонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения суден и мочеприемника. Подъем или опускание головной части кровати больной может производить сам нажатием специальной ручки.

В некоторых случаях для придания больному удобного положения пользуются подголовниками, дополнительными подушками, валиками, подставками для упора ног. Больным с повреждениями позвоночника под матрац подкладывают твердый щит. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуют боковыми сетками. Кровати в палатах устанавливают так, чтобы к ним легко можно было подойти с любой стороны.

Смена постельного и нательного белья

Для тяжелобольных пациентов правильное приготовление постели и контроль ее состояния имеют очень большое значение. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью. Для больных, которые страдают недержанием мочи и кала, желателен использовать многосекционный матрац, средняя часть которого имеет углубление для судна. Для таких пациентов матрацы обшиваются клеенкой.

Подушки должны быть средних размеров, в некоторых случаях (при тяжелой одышке) больным удобнее находиться на высоких подушках, в других (например, после операции до выхода из наркоза) - на низких, или вообще без них.

Во всех случаях простыню тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац (иногда края целесообразно подколоть к матрацу).

Постель больного и его нательное белье должны содержаться в чистоте и опрятности. Смену постельного и нательного белья проводят не реже 1 раза в 10 дней, а в ряде случаев - значительно чаще, по мере загрязнения. Смену постельного и

нательного белья нужно проводить умело, не создавая больному неудобств и стараясь не причинять ему болезненных ощущений.

При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекадывают на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню.

Если больному запрещено двигаться, грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз. После этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют.

При смене рубашки у тяжелобольного подводят руку под его спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают рубашку через голову и освобождают рукава. При повреждении одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного.

Подача судна и мочеприемника

Больные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать физиологические отправления лежа. В таких случаях больным подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи). Если тяжелобольной, испытывающий потребность опорожнить кишечник, находится в общей палате, его желательнее отгородить от других больных ширмой. Вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды (для устранения запаха) подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях, и, помогая ему свободной рукой приподнять таз.

Судно после использования тщательно моют горячей водой и дезинфицируют 1-2 % раствором хлорной извести, 3 % раствором хлорамина или лизола или в растворе дезинфектанта соответствующего назначения.

При подаче мочеприемника надо учитывать, что далеко не все больные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. В некоторых случаях (при отсутствии противопоказаний) даже целесообразно положить теплую грелку на надлобковую область. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и промывают. Один раз в сутки мочеприемник нужно ополоснуть слабым раствором перманганата калия или хлористоводородной кислоты, чтобы устранить образующийся на его стенках осадок с запахом аммиака.

Уход за кожей

Кожа, внешний покров тела человека, выполняет ряд важных функций: играет защитную роль, участвует в терморегуляции, обмене веществ (дыхание, выделение) и является одним из важнейших органов чувств - кожным анализатором.

Кожа защищает организм от механических повреждений, избытка солнечного света, проникновения из внешней среды ядовитых и вредных веществ, микроорганизмов. На кожу постоянно попадают микробы, в том числе и болезнетворные, но

заболевание возникает редко. Если кожа здоровая и чистая, то микробы с ее поверхности удаляются вместе с отшелушивающимися ороговевшими клетками. Кислая среда поверхности здоровой кожи неблагоприятна для развития многих микробов, губительно для них также высыхание на поверхности кожи. Кроме того, кожа выделяет специальные вещества, которые вредно действуют на микробов. Кожа участвует в обмене веществ, в основном газообмене. Она поглощает кислород и выделяет углекислоту. Правда, в нормальных условиях этот обмен составляет всего около 1 % газообмена, но во время физической работы, при повышении внешней температуры и в период пищеварения газообмен через кожу повышается.

С потом, кожным салом, роговыми чешуйками кожи из организма выделяется ряд веществ: белки, соли, мочевины и мочевая кислота, креатинин, летучие жирные кислоты, холестерин, витамины и др. При заболеваниях почек, печени и самой кожи количество выделяемых веществ увеличивается, при этом через кожу начинают выделяться и продукты нарушенного обмена веществ.

Важнейшая функция кожи - анализаторная. Она совершается благодаря заложенным в коже нервным окончаниям - рецепторам, воспринимающим различные раздражения, поступающие из внешней среды и воздействующие на организм. Это тепло, холод, прикосновение, давление, боль и т. д. Многочисленные и разнообразные кожные рецепторы, воспринимающие раздражения из внешней среды, являются важным звеном безусловных рефлексов, они участвуют в создании условных рефлексов. С кожным восприятием связаны важнейшие функции организма: работа мышц, терморегуляция, защитные рефлексы и т. д.

Выполнение кожей присущих ей функций является важнейшим условием здоровья. Чтобы кожа правильно функционировала, необходимо содержать ее в чистоте.

Болезнь вносит расстройства в деятельность всех органов и систем человеческого организма. Именно по этой причине тщательный уход за кожей имеет большое значение, особенно для больных, вынужденных длительное время находиться на постельном режиме. Загрязнение кожных покровов секретом потовых и сальных желез, другими выделениями ведет к появлению зуда, расчесов, вторичного инфицирования кожи, развитию грибковых заболеваний, возникновению в некоторых областях (межпальцевых складках ног, межягодичных складках, подмышечных впадинах) опрелостей (мокнущих поверхностей), в ряде случаев загрязнение кожных покровов способствует образованию пролежней.

Если нет противопоказаний, гигиеническую ванну или душ больные принимают не реже 1 раза в неделю. Кожные покровы больных, находящихся на постельном режиме, ежедневно обтирают ватными тампонами, смоченными кипяченой водой с добавлением спирта, одеколора или столового уксуса. Особенно тщательно при этом следует обмывать, а затем и высушивать те места, где могут скапливаться выделения потовых желез - складки под молочными железами, пахово-бедренные складки и т. п. Руки у больных моют перед каждым приемом пищи, ноги моют 2-3 раза в неделю.

Необходимо ежедневно обмывать кожные покровы половых органов и промежности. У тяжелых больных с этой целью следует регулярно (не менее 2 раз в день, а иногда и

чаще) проводить туалет половых органов с помощью подмывания - направляя из кувшина струю теплой воды или слабого раствора перманганата калия на промежность. При этом ватным тампоном производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным тампоном осушают кожу промежности. Если у женщины наблюдаются выделения из влагалища, применяют спринцевание - орошение стенок влагалища с помощью кружки Эсмарха и специального влагалищного наконечника кипяченой водой, слабым раствором гидрокарбоната натрия, перманганата калия или изотоническим раствором хлорида натрия.

Для профилактики пролежней при уходе за истощенными и ослабленными больными, находящимися длительное время на постельном режиме, необходимо проводить комплексные мероприятия. Пролежни представляют собой глубокие поражения кожи с исходом в омертвление. Возникают пролежни при длительном сдавливании мягких тканей между костными образованиями и внешними предметами, например поверхностью матраца, гипсовой лангетой и др. Особенно часто пролежни развиваются в области крестца, копчика, лодыжек, бугра пяточной кости, мыщелков и вертела бедра. Иногда можно встретиться и с так называемыми внутренними пролежнями, например омертвлением стенки вены в результате длительного нахождения в ней жесткого катетера для внутривенных вливаний. Предрасполагают к развитию пролежней глубокие нарушения обменных процессов в организме, тяжелые нарушения мозгового кровообращения, обширные травмы с повреждением головного мозга. Часто образованию пролежней способствует плохой уход за больным - небрежный уход за кожными покровами, несвоевременное перестилание постели, недостаточная активизация пациента и т. д.

Развиваясь, пролежни проходят несколько стадий: побледнение, затем покраснение кожных покровов с появлением синюшных пятен, образование пузырей, отслойка эпидермиса с развитием некроза кожи, подкожной клетчатки, фасций, сухожилий и т. д. Нередко пролежни осложняются присоединением вторичной гнойной или гнилостной инфекции с крайне неблагоприятным прогнозом.

Профилактика пролежней сводится к постоянному контролю состояния постели тяжелобольного и его нательного белья, и своевременному устранению неровностей, грубых швов, разглаживанию складок и стряхиванию крошек. В профилактических целях применяют также специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под те области тела, которые подвергаются длительному сдавливанию (например, под крестец). Подкладной круг должен быть надут слабо, чтобы он изменял свою форму при движениях больного.

Вместо подкладного круга можно использовать тканевые матрацы, наполненные, например, льняным семенем, а также специальные прорезиненные матрацы, состоящие из многих воздушных камер. Степень наполнения воздухом отдельных камер автоматически изменяется каждые три минуты, при этом происходят постоянные подъем и опускание различных секций матраца, вследствие чего точки соприкосновения его с телом больного все время меняются.

Необходимо стремиться к систематическому изменению положения больного,

поворачивая его в постели минимум 8-10 раз в сутки. Так как пролежни чаще образуются на загрязненной коже, кожные покровы в соответствующих местах (крестец, углы лопаток, остистые отростки позвоночника и др.) необходимо 2-3 раза в день обмывать холодной водой с мылом, протирая затем салфетками, смоченными камфорным спиртом или одеколоном, и припудривая тальком.

Надо помнить, что лечить пролежни значительно труднее, чем предупредить их возникновение. В начальных стадиях рекомендуют смазывание пораженных участков 5-10 % раствором йода, 1 % раствором бриллиантовой зелени или использование физиотерапевтических методов - УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Пролежни покрывают асептической повязкой. После отторжения некротических масс применяют мазевые повязки, общестимулирующую терапию (переливание крови, плазмы), в некоторых случаях проводят пересадку кожи.

Уход за волосами

Плохой уход за волосами может приводить к их повышенной ломкости, выпадению, образованию на кожных покровах головы жирных или сухих отрубевидных чешуек (перхоти). Жирные волосы рекомендуется мыть 1 раз в неделю, а сухие и нормальные - 1 раз в 10-14 дней.

Тяжелобольным моют голову в постели. При этом тазик размещают у головного конца кровати, а голову больного приподнимают и запрокидывают. Для мытья волос лучше использовать мягкую воду (кипяченую или с добавлением тетрабората натрия из расчета 1 чайная ложка на 1 л воды). Желательно не намыливать волосы куском мыла, а пользоваться шампунем или мыльной пеной. После мытья волосы осторожно вытирают полотенцем, после чего тщательно расчесывают, начиная от корня, если волосы короткие, или же, наоборот, с концов при длинных волосах.

Применяемые при этом расчески и щетки должны быть строго индивидуальными. Стрижку волос целесообразно проводить 1 раз в месяц.

Также необходимо систематически ухаживать за ногтями, регулярно удаляя грязь, скапливающуюся под ними, и коротко подстригая их не реже 1 раза в неделю.

Уход за полостью рта

Уход за полостью рта среди правил личной гигиены занимает важное место. При многих тяжелых заболеваниях, в частности, сопровождающихся лихорадкой, происходит значительное ослабление сопротивляемости организма, в результате чего в полости рта могут размножиться микробы, существующие там и в нормальных условиях. Это приводит к развитию различных поражений зубов (пульпита, периодонтита, пародонтоза), десен (гингивита), слизистой оболочки (стоматита), появлению трещин в углах рта и сухости губ.

Для предупреждения этих явлений больные должны регулярно не реже 2 раз в день чистить зубы и полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжелобольным промывают полость рта 0,5 % раствором гидрокарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия, слабым раствором перманганата калия. Промывают чаще всего с помощью шприца Жане или резинового баллончика. Чтобы жидкость не попала в дыхательные пути, больному придают полусидячее положение с несколько наклоненной вперед головой, или же поворачивают голову набок. Для лучшего

оттока жидкости шпателем несколько оттягивают угол рта.

Для выявления возбудителей при некоторых заболеваниях полости рта, глотки или миндалин берут мазок со слизистой оболочки полости рта и глотки. Делают это специальным чистым тампоном, помещая его затем в заранее приготовленную стерильную пробирку.

Уход за глазами

Уход за глазами осуществляют при наличии выделений, склеивающих ресницы и веки. Это происходит обычно при воспалении слизистой оболочки век (конъюнктивитах). В таких случаях с помощью ватного тампона, смоченного 2 % раствором борной кислоты, сначала размягчают, а затем удаляют образовавшиеся корочки и промывают конъюнктивальную полость кипяченой водой или физиологическим раствором. При этом веки раздвигают указательным и большим пальцами левой руки, а правой рукой, не касаясь век, орошают конъюнктивальный мешок с помощью резинового баллончика или специального стеклянного сосуда (ундинки).

Если назначено закапывание глазных капель или закладывание глазной мази, нижнее веко оттягивают влажным тампоном, после чего пипеткой выпускают 1-2 капли (комнатной температуры) на слизистую оболочку нижнего века или широким концом стеклянной палочки наносят глазную мазь.

Уход за ушами и носом

Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой с мылом. Иногда возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также в удалении образовавшейся серной пробки.

Очищают наружный слуховой проход ватой, накрученной на специальный ушной зонд, стараясь не повредить при этом поверхность наружного слухового прохода и барабанную перепонку.

Для удаления серной пробки промывают наружный слуховой проход с использованием шприца Жане или резинового баллончика с костяным наконечником. Для размягчения серной пробки предварительно вводят несколько капель 3 % раствора перекиси водорода. Для выпрямления естественного изгиба наружного слухового прохода ушную раковину оттягивают левой рукой назад и вверх, наконечник вводят на глубину не более 1 см, после чего на задневерхнюю стенку наружного слухового прохода направляют струю жидкости отдельными порциями. После удаления серной пробки наружный слуховой проход осушают. Ухаживать за носовой полостью приходится при наличии выделений с образованием на слизистой оболочке носовой полости корок. Корки после предварительного размягчения глицерином или вазелиновым маслом удаляют пинцетом или специальным носовым зондом с накрученной на него ватой. При необходимости бактериологического исследования стерильным тампоном берут мазок со слизистой оболочки носовой полости.

Первая помощь при носовом кровотечении заключается во введении в носовую полость кусочка ваты, смоченного перекисью водорода с последующим прижатием крыла носа, наложении холода на область переносицы по 3-4 мин с перерывами. При

неэффективности этих способов проводят тампонаду носовой полости марлевыми турундами.

Заключение

Уход за больным - это мероприятия, проводимые с целью удовлетворения его основных жизненных потребностей, облегчения состояния пациента и достижения благоприятного исхода заболевания.

Значение ухода за больным трудно переоценить. Точное выполнение предписаний врача, проведение всех мероприятий, способствующих сохранению и восстановлению сил больного, облегчению его страданий, тщательное наблюдение за функциями всех органов, предупреждение возможных осложнений, чуткое отношение к больному - всё это входит в понятие ухода за больным.

Чёткое выполнение предписаний врача, строгое соблюдение диетического, питьевого и гигиенического режимов, создание благоприятных физических и психологических условий способны восстановить здоровье даже казалось бы безнадежно больных людей. И, наоборот, плохой уход, небрежное отношение медицинской сестры к своим обязанностям могут не только задержать выздоровление больного, но и усугубить тяжесть его состояния.

В настоящее время личная гигиена стала мощным фактором укрепления здоровья и предупреждения инфекционных заболеваний, позволяет эффективно бороться с гиподинамией и нервно-психическим напряжением.

Медицинская сестра играет важную роль в осуществлении мероприятий по личной гигиене. Медицинская сестра помогает пациенту или обучает родственников удовлетворить гигиенические потребности посредством ухода, которые он сам не в состоянии удовлетворить.

Адекватный уход - залог успеха лечения больного.

Правильный уход за больным - кратчайший путь к их выздоровлению.

Список литературы

1. Барановский В.А. Справочник медицинской сестры - Ростов н/Д.: Феникс, 2009. - 581 с.
2. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. - справочник по уходу за больными - М.: Издательство "Экзамен", 2005. - 160 с.
3. Кулешова Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии/ под ред. В.В. Морозова. - изд. 2-е - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 733 с.
4. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела/ под ред. Б.В. Карабухина. - Изд. 14-е, доп. и перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2009. - 792 с.
5. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие - 3-е изд., 2009. - 464 с.