**Функциональное обследование пациента в сестринском деле.**

**Этапы сестринского процесса. Определения частоты дыхательных движений.**

Этапы сестринского процесса

Сестринский процесс включает в себя 5 последовательных этапов:

I этап - сестринское обследование (обследование пациента).

II этап – сестринское диагностирование: определение проблем пациента и постановка сестринских диагнозов.

III этап – планирование необходимой помощи пациенту, направленное на удовлетворение выявленных нарушений потребностей и проблем.

IV этап – выполнение плана сестринских вмешательств.

V этап – оценка результатов (итоговая оценка сестринского ухода).

Все этапы процесса взаимосвязаны друг с другом и вместе формируют непрерывный цикл мышления и действий.

Сестринское обследование – это выявление нарушений потребностей пациента. Оно заключается в сборе информации о состоянии его здоровья, личности больного, образе жизни и отражении полученных данных в карте сестринского процесса (сестринской истории болезни). Насколько умело медсестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная информация. Оценка состояния пациента – это непрерывный систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения. Цель оценки – определение конкретных потребностей человека в сестринском уходе.

Сестринское обследование является независимым и не может подменяться врачебным, так как перед ними стоят разные задачи. Врач проводит обследование, ставит медицинский диагноз, выявляет причины нарушения функций органов и систем с целью дальнейшего лечения. Задача медицинской сестры – обоснование мотивации индивидуального ухода.

**Совокупность вдоха и** следующего за ним выдоха считают одним дыхательным движением. Количество дыханий за 1 мин называют частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания.

В норме дыхательные движения ритмичны. Частота дыхательных движений у взрослого здорового человека в покое составляет 16-20 в минуту, у женщин она на 2-4 дыхания больше, чем у мужчин. В положении «лежа» число дыханий обычно уменьшается (до 14-16 в минуту), в вертикальном положении — увеличивается (18-20 в минуту). У новорожденного ЧДД составляет 40-50 раз в 1 минуту, к 5 годам снижается до 24, а к 15-20 годам составляет 16-20 в 1 минуту. У спортсменов ЧДДможетбыть6-8вминуту.

Определение частоты дыхательных движений проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса).

**Измерение температуры тела пациента в подмышечной области.**

*Цель:* определение температуры тела взрослого пациента.

*Показания:*наблюдение за функциональным состоянием организма, профилактика ВБИ.

За температуру человека отвечает терморегуляция – способность теплокровных организмов поддерживать постоянство температуры, снижать или повышать ее при надобности. За эти процессы отвечает, в первую очередь, гипоталамус. Однако сегодня ученые склоняются к тому, что определять единый центр терморегуляции неправильно, ведь на температуру тела человека влияет множество факторов.

В детстве температура меняется под малейшим воздействием, у взрослых же (начиная с 16-18 лет) она довольно стабильна. Хотя тоже редко держится на одном показателе весь день. Известны физиологические изменения, которые отражают суточные ритмы. Например, разница между нормальной температурой утром и вечером у здорового человека составит 0,5-1,0°C. С этими ритмами связано и характерное нарастание жара в вечерние часы у больного человека.

Температура может меняться под воздействием внешней среды, повышаться при физических нагрузках, приеме определенной пищи (особенно часто после острой еды и переедания), при стрессах, чувстве страха и даже интенсивной умственной работе.

Какая температура должна быть в норме

Всем хорошо известно значение в 36,6°C. Однако какая температура должна быть в норме на самом деле?

Цифра 36,6°C появилась в результате исследований, проведенных немецким врачом Карлом РейнхольдомВундерлихом еще в середине XIX века. Тогда он сделал около 1 млн замеров температуры в подмышечной впадине у 25 тысяч пациентов. И значение 36,6°C было всего лишь средним показателем температуры тела здорового человека.

По современным стандартам, нормой считается не конкретная цифра, а диапазон от 36°C до 37,4°C. Причем врачи рекомендуют периодически измерять температуру в здоровом состоянии, чтобы точно знать индивидуальные значения нормы. Нужно учитывать, что с возрастом температура тела меняется – в детстве может быть довольно высокой, а к старости понижается. Поэтому показатель в 36°C для пожилого человека будет нормой, а вот для ребенка может говорить о гипотермии и симптоме болезни.

Также важно учитывать, как именно измеряется температура – значения в подмышечной впадине, прямой кишке или под языком могут отличаться на 1-1,5°C.

**Температура при беременности**

Температура очень зависит от гормональной активности и поэтому неудивительно, что беременные женщины часто испытывают жар. С гормональными изменениями связаны приливы при климаксе и скачки температуры во время менструаций.

Будущим мамам очень важно внимательно следить за своим состоянием, при этом понимая, что незначительно повышенная или пониженная температура при беременности – норма для большинства женщин. Например, если значения не превышают 37°C в первые недели, а других симптомов недомогания нет, то состояние можно объяснить активностью женских половых гормонов. В частности, прогестерона.

И все же если температура при беременности держится продолжительное время, то даже субфебрильные показатели (37-38°C) должны стать поводом для консультации у врача. При таком симптоме важно пройти обследования и сдать анализы, чтобы исключить наличие таких инфекций – цитомегаловирус, туберкулез, пиелонефрит, герпес, гепатит и другие.

Температура при беременности может быть признаком и распространенных сезонных ОРВИ. При этом очень важно не заниматься самолечением, а обратиться к врачу. Если обычная простуда вряд ли несет опасность для плода, то грипп может привести к серьезным последствиям, вплоть до выкидыша на ранних сроках. При гриппе повышение температуры доходит до 39°C.

**Температура у ребенка**Система терморегуляции у детей до 1 года еще не налажена, поэтому и температура у ребенка может существенно меняться под малейшим воздействием. Особенно это характерно для младенцев первых трех месяцев жизни. Чаще всего родителей беспокоят повышенные значения, однако причинами температуры 37-38°C могут стать:

Слишком теплая одежда.

Плач.

Смех.

Прием пищи, в том числе грудное кормление.

Купание в воде выше 34-36°C.

После сна значения, как правило, ниже, а вот при активных играх температура у ребенка быстро поднимается. Поэтому проводя измерения, нужно учитывать все внешние факторы, которые могли на них повлиять.

При этом все же слишком высокая температура (38°C и выше) может быть опасна для маленьких детей. Для компенсации жара организм расходует много воды и поэтому часто наблюдается обезвоживание. Причем у ребенка это состояние наступает быстрее, чем у взрослого. Обезвоживание может представлять опасность для здоровья (часто на его фоне наблюдается ухудшение состояния, впоследствии ОРВИ осложняются пневмониями) и жизни (при сильном обезвоживании могут быть потери сознания и даже летальный исход).

Кроме этого, у некоторых детей до 5 лет наблюдаются фебрильные судороги – при повышении температуры у ребенка до 38-39°C начинаются непроизвольные сокращения мышц, возможны кратковременные обмороки. Если хотя бы один раз такое состояние наблюдалось, в дальнейшем даже при незначительном жаре малышу нужно сбивать температуру.

**Температура человека**

В норме температура человека контролируется эндокринной системой, в частности, гипоталамусом и гормонами щитовидной железы (Т3 и Т4, а также гормоном ТТГ, который регулирует их выработку). На терморегуляцию влияют половые гормоны. И все же главной причиной повышения температуры остаются инфекции, а слишком низкая температура в большинстве случаев вызвана переутомлением или нехваткой витаминов, микро- и макроэлементов.

**Градусы температуры**

Человек – теплокровное существо, а это значит, что тело может поддерживать стабильную температуру вне зависимости от факторов внешней среды. При этом на сильном морозе общая температура понижается, а при жаре может повышаться настолько, что человек получит тепловой удар. Связано это с тем, что наш организм достаточно чувствителен к тепловым перепадам – изменения всего в 2-3 градуса температуры существенно влияют на метаболические процессы, гемодинамику и передачу импульсов по нервным клеткам. В результате может повышаться давление, наблюдаться судороги и спутанность сознания. Частые симптомы низкой температуры – заторможенность, при значении 30-32°C могут быть потери сознания; а высокой – бредовые состояния.

**Виды повышенной температуры**

Для подавляющего большинства болезней, протекающих с повышением температуры, характерны определенные диапазоны значений. Поэтому часто врачу для постановки диагноза достаточно знать не точное значение, а именно вид повышенной температуры. В медицине выделяется несколько их видов:

Субфебрильная – от 37°C до 38°C.

Фебрильная – от 38°C до 39°C.

Высокая – более 39°C.

Опасная для жизни – рубеж 40,5- 41°C.

Значения температуры оцениваются в комплексе с другими симптомами, поскольку далеко не всегда степень жара соответствует тяжести болезни. Например, субфебрильная температура наблюдается при таких опасных заболеваниях, как туберкулез, вирусные гепатиты, пиелонефрит и других. Особенно тревожным симптом считается состояние, при котором на протяжении долгого времени держится температура в 37-37,5°C. Это может говорить о нарушениях работы эндокринной системы и даже злокачественных опухолях.

**Колебания нормальной температуры тела**

Как уже говорилось, нормальная температура у здорового человека может меняться на протяжении дня, а также под воздействием некоторых факторов (пища, физическая активность и другое). При этом нужно помнить, какая температура должна быть в разном возрасте:

Дети до года – нормой может считаться температура 37-38°C.

До 5 лет – 36,6-37,5°C.

Подростковый возраст – возможны сильные колебания температуры, связанные с активностью половых гормонов. Стабилизируются значения у девочек в 13-14 лет, у мальчиков перепады могут наблюдаться до 18 лет.

Взрослые – 36-37,4°C.

Пожилые люди старше 65 лет – до 36,3°C. Температура 37°C может считаться серьезным лихорадочным состоянием.

У мужчин средняя температура тела ниже в среднем на 0,5°C, чем у женщин.

**Исследование артериального пульса (PS)**

*Цель:*оценка функционального состояния сердечно – сосудистой системы, представление об общем состоянии пациента, определение основных свойств пульса.

*Показания:*заболевания сердечно – сосудистой системы, обследование, оценка общего состояния пациента.

*Противопоказания:*нет.

ПУЛЬС - толчкообразные колебания стенок сосудов, вызванные движением крови, выталкиваемой сердцем.

МЕСТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПУЛЬСА:

- лучевая артерия,

- височная артерия,

- сонная артерия.

- артерия тыльной стороны стопы.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. Кистью своей руки охватите область ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО сустава пациента так, чтобы БОЛЬШОЙ палец располагался на ТЫЛЬНОЙ стороне предплечья.

2. Остальными пальцами НА ПЕРЕДНЕЙ поверхности сустава пальпируйте лучевую артерию, прижимая ее к лучевой кости. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- пульсовая волна ощущается как расширение артерии;

- исследование пульса следует начинать на ОБЕИХ руках;

- при отсутствии разницы пульса в дальнейшем ограничиваются его исследованием на одной руке;

- у здоровых людей частота пульса СООТВЕТСТВУЕТ частоте сердечных сокращений и равна 60-80 в одну минуту;

- учащение ЧСС БОЛЕЕ 90 в 1 мин. называется ТАХИКАРДИЕЙ,

- урежение ЧСС менее 60 в мин. называется БРАДИКАРДИЕЙ;

- частота пульса равна количеству пульсовых волн, определяемых в течение 1 минуты

- во вемя сна происходит урежение числа сердечных сокращений на 10 в 1 минуту;

- результат подсчета пульса медсестра отмечает графически цветным карандашом (чаще черным или синим) в листе наблюдения за пациентом;

- повышение температуры тела на 1 градус увеличивает число пульсовых ударов на 10 в 1 мин.;

- редкий пульс (брадикардия) может наблюдаться у спортсменов и тренированных людей;

- в норме пульс ритмичный;

- расстройства сердечного ритма называются АРИТМИЯМИ;

- при аритмиях частота пульса может быть меньше частоты сердечных сокращений. Разница между частотой сердечных сокращений называется ДЕФИЦИТОМ ПУЛЬСА.

ЗАПОМНИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛ:

- не следует сильно прижимать артерию, так как под давлением пульсовая волна может исчезнуть;

- не следует пальпировать пульс одним пальцем, поскольку в нем проходит пульсирующая артерия, это может ввести в заблуждение исследующего.

# Измерение артериального давления (АД)

*Цель:* оценить состояние сердечно – сосудистой системы, общее состояние пациента, определить показатели артериального давления и оценить результаты исследования.

*Показания:* заболевания сердечно – сосудистой системы, почек, обследование пациента.

*Противопоказания:* нет.

**Рекомендации по ведению артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертонии 2018 года**

Центральным событием 28-го Европейского конгресса по артериальной гипертонии и сердечно-сосудистой профилактике стало первое представление новой версии совместных рекомендаций по ведению артериальной гипертонии (АГ) Европейского общества кардиологов и Европейского общества по АГ. Текст документа будет опубликован 25 августа 2018 года одновременно с официальным представлением на конгрессе Европейского общества кардиологов, который состоится 25-29 августа 2018 года в Мюнхене.

**Классификация уровней АД и определение АГ**

Эксперты Европейского общества по АГ сохранили классификацию уровней АД и определение АГ и рекомендуют классифицировать АД как оптимальное, нормальное, высокое нормальное и выделять 1, 2 и 3 степень АГ (класс рекомендаций I, уровень доказательности C) (табл.1).

Таблица 1. Классификация клинического АД

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Категория** | САД,  мм рт.ст. |  | ДАД,  мм рт.ст. |
| Оптимальное | <120 | И | <80 |
| Нормальное | 120–129 | и/или | 80–84 |
| Высокое нормальное | 130–139 | и/или | 85–89 |
| АГ 1 степени | 140–159 | и/или | 90–99 |
| АГ 2 степени | 160–179 | и/или | 100–109 |
| АГ 3 степени | ≥180 | и/или | ≥110 |
| Изолированная систолическая АГ | ≥140 | и | <90 |

Критерием АГ по данным клинического измерения АД остался уровень 140 мм рт.ст. и выше для систолического (САД) и 90 мм рт.ст. и выше - для диастолического (ДАД). Для домашнего измерения АД в качестве критерия АГ сохранено САД 135 мм рт.ст. и выше и/или ДАД 85 мм рт.ст. и выше. По данным суточного мониторирования АД диагностические отрезные точки составили для среднесуточного АД, соответственно, 130 и 80 мм рт.ст., дневного - 135 и 85 мм рт.ст., ночного - 120 и 70 мм рт.ст.

**Инвазивные методы в практике медсестры**

Инвазивные методы все шире внедряются в медицинскую практику. Их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения медицинской сестрой деонтологических норм. Под инвазией (от лат.invasio — вторжение, нападение) принято понимать проникновение паразитов животного происхождения (простейших, гельминтов, членистоногих) в организм человека с последующим развитием разнообразных форм их взаимодействия. Однако далее речь пойдет не о паразитарной инвазии и ее последствиях.

В последнее время в медицинской практике получили широкое распространение так называемые инвазивные методы диагностики и лечения. Речь идет о диагностических и лечебных методах, применение которых требует проникновения в организм человека с помощью медицинских инструментов и других технических средств. К этим методам относятся все виды эндоскопических манипуляций (гастродуоденоскопия, ректороманоколоноскопия, бронхоскопия, цистоскопия, лапароскопия и др.), инъекций (внутрикожных, подкожных, внутримышечных, внутривенных, внутриартериальных и др.), а также контрастные методы исследования (ангиография, ангиокардиография, пиелография и др.). Этот перечень далеко не исчерпывающий и будет пополняться по мере внедрения в практику новых технических средств врачевания.

Инвазивные методы дают большую диагностическую информацию о состоянии полостных и других органов, позволяют глазом фиксировать начальные стадии заболевания, в том числе онкологических, брать биопсийный материал для микроскопического исследования, фотографировать обнаруженные образования и т.д. Они имеют и большую лечебную ценность, ибо позволяют по определенным показаниям удалять мелкие образования (полипы), прижигать их, подводить лекарства к пораженному участку полостного органа и др. А парентеральное введение лекарств, как и контрастные методы исследований, давно оправдали себя и имеют самое широкое применение.

Необходимость фиксации внимания медицинских сестер на инвазивных методах диагностики и лечения диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. И тем не менее важность получаемой диагностической информации и лечебная ценность инвазивных методов оправдывают их широкое использование, естественно, при наличии определенных условий для работы и высокого профессионализма врача и его помощников — медицинских сестер, лаборантов, техников. Это как раз тот случай в медицине, когда цель оправдывает средства. Выполняя любую инвазивную процедуру, следует помнить заповедь Гиппократа “Не навреди” и сделать все, чтобы ее выполнить.

В условиях технического прогресса в медицине и все большего оснащения больниц и поликлиник новыми изделиями медицинской техники роль инвазивных методов диагностики и лечения будет возрастать. Это обязывает медицинских сестер скрупулезно изучать имеющиеся и вновь поступающие технические средства, осваивать методики их применения, а также совершенствовать деонтологические принципы работы с больными на разных этапах лечебно-диагностического процесса.

Подавляющую часть инвазивных процедур ввиду их сложности выполняет врач. Медицинская сестра активно соучаствует в их проведении и обеспечивает грамотную помощь. Менее сложные, но не менее с ответственные инвазивные процедуры (инъекции, с внутривенные вливания, взятие крови из вены т и др.) сестра выполняет самостоятельно. В обоих вариантах работы деонтологическая роль медицинской сестры исключительно велика.

Медицинская деонтология — наука о нравственном долге медицинского работника перед больным и здоровым человеком. Точкой приложения ее требований являются психическая сфера больного, его внутренний душевный мир. А хорошо известно, и что психика больного, чем бы он ни болел, не остается безучастной. Изменяются ощущения, н обостряется восприятие своих болезненных симптомов, возникает тревога за возможные последствия, страдают настроение, сон и др. Деонтологическая задача медицинской сестры — установить психологический контакт с больным, успокоить его, выровнять настроение, вселить уверенность в благоприятный исход не только диагностической процедуры, но и заболевания в целом.

Работу медицинской сестры при совместном с врачом выполнении сложных диагностических инвазивных манипуляций (эндоскопии, контрастных исследований и др.) можно разделить на три этапа: подготовка больного к манипуляции; проведение манипуляции; послеманипуляционный.

После назначения врачом той или другой инвазивной манипуляции в задачу сестры входит профессионально грамотная психологическая подготовка к ней больного. В первую очередь нужно помочь больному принять правильное решение, убедить его, что назначенная врачом манипуляция поможет поставить окончательный диагноз заболевания и определить лечебную тактику. Следует убедить пациента в полной безвредности, безопасности манипуляции для его здоровья, в ее необходимости, в том, что он должен во время манипуляции точно выполнять все распоряжения и просьбы врача. Больному нужно объяснить, как вести себя во время манипуляции, чтобы она прошла быстрее и легче, желательно предупредить его о возможных (хотя и необязательных) неприятных ощущениях и подсказать, как вести себя при этом.

Хорошо проведенная психологическая подготовка к инвазивной манипуляции обеспечивает сознательное, активное участие в ней больного, облегчает работу врача и предотвращает возможную стрессовую ситуацию, явно нежелательную как для врача, так и для больного. Важно хотя бы пару минут уделить больному перед манипуляцией,— добрыми словами напутствовать его, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции. Больной должен знать, что успех исследования, его безболезненность и безопасность в значительной степени зависят от него самого, от его поведения, дисциплинированности, четкости выполнения требований врача.

Соучастие медицинской сестры в выполнении любой инвазивной манипуляции обязательно. Это может быть сестра, работающая в отделении эндоскопии, или палатная сестра. Для врача медицинская сестра является первым помощником. Деонтологически важными являются четкость и слаженность работы бригады эндоскопистов, их высокий профессионализм, умение понимать друг друга с полуслова. Во время манипуляции больной внимательно прислушивается к разговору врача с медицинской сестрой, фиксирует свое внимание на произносимых словах, особенно непонятных ему. Он следит за мимикой, жестами, настроением и другими формами поведения персонала. Это требует от всех участников процедуры согласованности действий, высокой организованности и дисциплинированности, предельного самоконтроля, особого такта в профессиональном общении.

Естественно, что четкость и слаженность в работе персонала приобретаются в процессе работы. Они должны отражать профессиональную культуру и обеспечивать максимальную диагностическую и лечебную эффективность манипуляции. Медицинская сестра во время манипуляции имеет возможность не только наблюдать за поведением больного, но и предвидеть его поступки и вовремя корректировать его поведение, держать под контролем всю психологическую ситуацию.

Для больного медицинская сестра является заботливым, самым близким человеком, готовым не только сопереживать его страданиям, но и оказать конкретную психологическую и медицинскую помощь.

По завершении диагностической или лечебной манипуляции, независимо от ее результатов, следует похвалить больного за адекватное поведение, которое в значительной мере облегчило врачу работу, позволило получить нужную информацию. У подавляющего большинства больных, независимо от их самочувствия, возникают вопросы о конкретных результатах исследования. Вот тут и врачу, и медицинской сестре следует проявить профессиональную мудрость. Естественно, что право формулирования ответа принадлежит только врачу. Деонтологическая задача медицинской сестры сводится к тому, чтобы в беседах с больным поддерживать версию, высказанную врачом. Недопустима свободная интерпретация медицинской сестрой результатов исследования с целью ложного самоутверждения. Она может оказаться неверной и стать причиной тяжелой ятрогении. Независимо от характера полученной диагностической информации больного следует успокоить, обнадежить в благоприятном исходе основного заболевания, нацелить на совместную борьбу с болезнью.

После исследования у больного могут возникнуть негативные явления — резь и кровь при мочеиспускании после цистоскопии, ощущение присутствия постороннего предмета в ротоглотке после гастро- или бронхоскопии, распирание кишечника после колоноскопии и др. Во всех таких случаях больного следует успокоить, сказать о временном характере и безопасности этих ощущений. Ни в коем случае нельзя оставаться безучастной к жалобам больного, надо постараться помочь, принять меры, назначенные врачом.

Следует подчеркнуть, что инвазивные методы диагностики и лечения, особенно выполняемые с использованием предметов медицинской техники, относятся не только к весьма сложным, но и к ответственным манипуляциям. Поэтому медицинская сестра, помогая врачу, должна проявлять высокий профессионализм и деонтологическую грамотность. Всегда надо помнить, что перед тобой живой человек со всей гаммой болезненных ощущений, переживаний, страхов и беспокойств о своем здоровье, и направлять свою психопрофилактическую и психотерапевтическую деятельность на смягчение его страданий, мобилизацию физических и психических усилий в борьбе с болезнью.

При самостоятельном выполнении инвазивных манипуляций — а их на рабочий день приходится очень много (инъекции, внутривенные введения лекарств, взятие крови из вены и др.) — медицинская сестра несет всю полноту ответственности за их качество, своевременность и за реакцию больного. Как и при более сложных манипуляциях, больной и в этих случаях испытывает если не чувство страха, то внутреннюю тревогу в ожидании болезненности, специфических ощущений от вводимого лекарства (хлорид кальция, сернокислая магнезия, никотиновая кислота, новокаин и др.), а иногда и неуверенность в профессионализме медицинской сестры. А длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции (инъекции, взятие крови и т. д.) в известной мере невротизируют пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативное отношение. Требования деонтологии не допускают механического, а тем более грубого выполнения инвазивных манипуляций. Медицинская сестра должна сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, быть с ним в партнерском профессиональном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры. Профессиональное мастерство медицинской сестры, которая найдет добрые слова, сумеет успокоить больного, отвлечь его внимание, положительно сказываются на ее деловом авторитете. А это важный деонтологический фактор.

Большое место в работе медицинской сестры занимает выполнение так называемых интимных манипуляций на “закрытых зонах” человеческого организма. Это очистительные и лечебные клизмы, обработка наружных половых органов, спринцевание у женщин, манипуляции на молочных железах, подача подкладочного судна, мочеприемника и др. Выполнение этих “рядовых” для медицинской сестры манипуляций, у больных вызывает естественное чувство стыдливости, неловкости, как перед медицинским работником, так и особенно перед соседями по палате. Об этом надо помнить, учитывать легкую ранимость психики больного, щадить его самолюбие, стыдливость, которая формируется у человека с раннего детства. Особенно чувствительна и ранима психика женщин, страдающих заболеваниями тазовых и половых органов, мочевыводящих путей, молочных желез и др.

Выполняя интимные манипуляции, медицинская сестра не имеет права демонстрировать их окружающим, особенно соседям по палате, подчеркивать немощность больного, неопрятность, неспособность обслужить себя и т. д. Деонтологическим долгом медицинской сестры является щажение ранимой психики больного, соблюдение профессионального такта. Каждый больной ожидает от медицинской сестры не только облегчения своих страданий, но и сохранения тайны о своем здоровье перед окружающими. И об этом всегда надо помнить. При выполнении интимной манипуляции медицинская сестра должна следить за своей речью, мимикой, жестами, силой голоса, не проявлять брезгливости к больному и неприязненного отношения к своей работе. Нужно умело использовать слово как важный психотерапевтический фактор. Во время манипуляции следует поддерживать контакт с больным, осведомляться о его самочувствии, неприятных ощущениях.

Желательно любую интимную манипуляцию выполнять не в палате, на глазах у соседей, а в специально приспособленном помещении (клизменная, процедурная и др.). Ведь и для окружающих больных вид обнаженного соседа, да еще в непривычной позе, дополнительные запахи, техника самой манипуляции служат источником отрицательных эмоций. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его “закрытые зоны”. Для прикрытия рекомендуется пользоваться специальными простынями с разрезом, пеленками и др. Если манипуляция все же выполняется в палате (подача судна, мочеприемника, клизма), больного лучше отгородить ширмой. Следует учитывать особенности paботы с женщинами и мужчинами, подростками и больными пожилого возраста, проявляя индивидуальный подход.

Таким образом, инвазивные методы диагностики и лечения, обладая высокой информативностью и лечебной эффективностью, занимают важное место в практическом врачевании, причем диапазон их применения будет постоянно расширяться. Медицинская сестра является обязательным участником или непосредственным исполнителем этих манипуляций. Наряду с высоким профессионализмом она должна обладать глубокими деонтологическими знаниями. Поддерживая психологический контакт с больным на всех этапах лечебно-диагностического процесса, медицинская сестра сможет снять чувство беспокойства и страха перед манипуляцией, обеспечит спокойное поведение больного в процедурной, облегчит неприятные ощущения после манипуляции