

## **ТЕМА: «Правильная биомеханика тела пациента и сестры»**

### **Этико-деонтологическое обеспечение темы**

- Медицинская сестра должна сделать всё возможное, чтобы предотвратить неблагоприятное влияние на пациента условий стационара, тот душевный и физический вред, который может причинить человеку больничная среда.
- Запомните! Основной принцип медицины – «NON NOCERE!» («Не навреди!»)
- Тактично побеседуйте с пациентом о правилах, которые необходимо соблюдать в лечебном отделении. Объясните смысл действий и запретов, которые направлены на обеспечение комфорта и безопасности.
- Некоторые мероприятия по уходу за пациентом удобнее выполнять вдвоём или втроём. Учитесь работать согласованно, заранее обсудите план совместных действий с коллегами.
- Стремитесь установить хороший контакт с пациентом. Предварительно объясните ему ход планируемых действий. Поощряйте допустимую активность и участие его в выполнении всех манипуляций.
- Не забывайте о том, что пациент, особенно с ограничением двигательной активности, часто испытывает неловкость в связи с необходимостью пользоваться посторонней помощью при осуществлении тех или иных видов повседневной деятельности: приёме пищи, физиологических отправлениях, гигиенических мероприятиях, передвижениях. Будьте доброжелательны и терпеливы, убедите пациента в том, что считаете такую помощь своей обычной работой.

### **Теоретическая часть**

Любая среда, в которой живёт человек, имеет те или иные элементы, отрицательно на него влияющие. Мы называем их факторами риска. Для сохранения здоровья человек должен быть хорошо адаптирован к ним.

Есть факторы риска и в условиях больничной среды. Причём, больной человек попадает в такую среду при снижении способности к адаптации: ослабленным, страдающим физически и психологически как от самой болезни, так и от непривычной для него обстановки стационара. Госпитализация всегда является стрессом для человека. И сама болезнь, и новая окружающая среда вынуждают его изменить привычный образ жизни и по-новому удовлетворять свои потребности.

Необходимо максимально устранить влияние факторов риска на пациента и создать в ЛПУ такие условия, которые обеспечат пациенту безопасность всё время, пока он там находится.

Если на больного человека факторы риска действуют только определённое время, то медперсонал подвержен их влиянию длительно, годами. В случае, когда медицинская сестра не знает, как защитить себя от их воздействия, неизбежен вред её собственному здоровью.

Организация работы любого стационара направлена на то, чтобы создать безопасную среду – как для своих пациентов, так и для медицинских работников.

Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять все свои жизненно важные потребности.

В условиях стационара медсестре часто приходится осуществлять уход за пациентами с нарушением удовлетворения потребности «двигаться».

Такие пациенты особенно нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как они не могут самостоятельно удовлетворить большинство своих потребностей.

Потребность «двигаться» может быть нарушена в результате болезни. В некоторых ситуациях пациенту запрещают или ограничивают двигательную активность врач, который стремится предотвратить возможное ухудшение состояния больного человека в связи с чрезмерной для него физической нагрузкой.

В зависимости от заболевания и состояния пациента, врач назначает определённый режим двигательной активности.

Обеспечить выполнение назначенного режима – задача медицинской сестры.

## Виды режимов двигательной (физической) активности

1. **Строгий постельный режим** – пациенту категорически запрещается не только вставать, садиться, но в некоторых случаях – даже самостоятельно поворачиваться в постели.
2. **Постельный режим** – разрешается поворачиваться в постели, под наблюдением медицинской сестры или специалиста по лечебной физкультуре – делать специальные гимнастические упражнения. Через определённое время с разрешения врача – присаживаться на краю кровати, опустить ноги.
3. **Палатный режим** – разрешается сидеть на стуле рядом с кроватью, вставать и недолго ходить по палате. Туалет, кормление пациента и физиологические отправления осуществляются в палате.
4. **Общий режим** – разрешается свободная ходьба по коридору и другим помещениям стационара, прогулки по территории больницы. Пациент самостоятельно обслуживает себя: принимает пищу, пользуется туалетом, ванной комнатой.

**Запомните!** Нарушение двигательной активности может повлечь за собой тяжёлые последствия для пациента, вплоть до смертельного исхода.

### Цели назначения постельного режима

1. Ограничить физическую активность пациента (это снизит потребность клеток организма в кислороде, следовательно, позволит адаптироваться к условиям гипоксии при нарушении удовлетворения потребности «дышать»).
2. Уменьшить боль, в том числе послеоперационную. Это позволит снизить дозу необходимых обезболивающих препаратов.
3. Дать возможность ослабевшему и истощённому пациенту собраться с силами и отдохнуть.

### Положение пациента в постели

Основным местом нахождения пациента в стационаре является кровать. В зависимости от общего состояния пациент принимает то или иное положение в постели.

1. Активное положение – пациенты могут самостоятельно поворачиваться в постели, садиться, вставать, передвигаться, обслуживать себя.
2. Пассивное положение – пациенты малоподвижны, не могут самостоятельно повернуться, поднять голову, руку, изменить положение тела. Чаще это пациенты в бессознательном состоянии или неврологические пациенты с двигательным параличом.
3. Вынужденное положение пациент занимает для облегчения своего состояния. Например, при приступе удушья пациент занимает положение ортопноэ – сидит с опущенными вниз ногами, при воспалении плевры (плеврите) и наличии болей – на больном боку и так далее.

Положение пациента в постели может в известной мере характеризовать состояние пациента.

В зависимости от заболевания пациенту бывает необходимо придать определённое положение в кровати (на спине, на животе, на боку, положение Фаулера, Симса) с учётом биомеханики тела, используя функциональную кровать, подушки, валики, подголовники и другие специальные приспособления. Особенно это необходимо пациентам, длительно находящимся в пассивном и вынужденном положениях.

### Устройство и основное предназначение функциональной кровати

Медсестра должна постоянно следить за тем, чтобы положение пациента было функциональным (улучшало функцию того или иного органа или системы) и удобным.

Для этой цели лучше всего пользоваться функциональной кроватью, состоящей из трёх подвижных секций. С помощью ручек, расположенных в ножном конце кровати или сбоку, можно поднимать головной конец (вплоть до сидячего положения), поднимать ножной конец, можно согнуть ноги в коленях. Возвышенное положение головной части можно создать также с помощью подголовника или нескольких подушек. Создать возвышенное положение ножной части можно с помощью подушки или валика, подложенного под голени.

В настоящее время имеются современные кровати, лёгкие для передвижения, предусматривающие специально вмонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения подкладных суден и мочеприёмников.

**Запомните!** Основное предназначение функциональной кровати – возможность придать пациенту наиболее удобное и функциональное положение в зависимости от его заболевания.

### **Вспомогательные средства для поднятия пациента и подъёмные устройства при перемещении пациента**

Травмы спины медработников могут быть результатом силового напряжения при поднятии тяжести, в том числе при перемещении больных.

Если есть возможность, следует воздержаться от подъёма пациентов вручную. Для этого можно использовать вспомогательные средства или подъёмные устройства.

«**Рукав**» из ткани с очень низким коэффициентом трения (**easyslide**) – простейшее устройство для перемещения больного.

*Показания к применению:*

позволяет без особых усилий перемещать пациента с кровати на каталку, с каталки на кровать, на операционный, рентгеновский, массажный столы.

*Преимущества:*

- лёгкое скольжение с одной поверхности на другую по «рукаву», изготовленному из материала с очень низким коэффициентом трения;
- можно перемещать пациентов с любой массой тела;
- многоразовый чехол может стираться или дезинфицироваться любым дезинфекционным средством.

Существует несколько разновидностей этого приспособления:

- стандартный – для перемещения с одной поверхности на другую;
- маленький (**minislide**) предназначен для пациентов, обладающих некоторой подвижностью, позволяет им самостоятельно переместиться с кровати в кресло, на стул, из автомобиля на кресло-каталку.
- **Коврик**, который не даёт скользить плечам и бёдрам пациента (**turn-slide**), благодаря этой модели пациента можно регулярно поворачивать в постели.

**Пластиковая доска (easyglide)** – приспособление, размером 75 x 25 см, позволяющее плавно перемещаться из одного положения в другое.

*Показания к применению:*

обеспечивает плавное передвижение, или скольжение с кровати в кресло, на унитаз, сидение автомобиля.

*Преимущества:*

- незаменима при различной высоте поверхностей;
- выдерживает массу до 120 кг;
- обрабатывается любыми дезинфицирующими средствами.

### **Удобный пояс (easybelt).**

*Показания к применению:*

- перемещение пациента с кровати на кресло-каталку, с кресла на унитаз или в машину;
- поддержание пациента во время ходьбы;
- помощь пациенту при подъёме с кровати или пола.

*Преимущества пояса:*

- наличие большого количества ручек;
- нескользкая внутренняя поверхность пояса;
- удобная конструкция пряжки позволяет легко застёгивать и хорошо фиксировать пояс;
- не открывая застёжки, пояс можно затянуть потуже или расслабить;
- пояс имеет мягкую внутреннюю прокладку, поэтому пациент чувствует себя комфортно, надевая его.

Пояс выпускается трёх размеров:

- маленький – имеет три ручки для поддержания пациента;
- средний – имеет четыре ручки для поддержания пациента;
- большой – имеет пять ручек для поддержания пациента.

## **Коврик для подъёма больного (ross easylift)**

*Показания к применению:*

- для перемещения пациента в кровати (повороты);
- перемещение с кровати на каталку;
- перемещение с каталки в душ;
- подъём упавшего пациента с пола и перекладывание на кровать.

*Преимущества:*

- приспособление состоит из обшитого войлоком полотна, плотного ремешка и четырёх ручек;
- давление ремешка на тело пациента регулируется;
- ручки обеспечивают пациенту удобное положение тела;
- при поднятии пациента фиксируются 4 точки (бёдра, плечи), наиболее подверженные трению и образованию пролежней;
- приспособление можно стирать и обрабатывать любым дезинфицирующим средством.

## **Подъёмник.**

*Показания к применению:* подъём и горизонтальное перемещение пациента весом до 140 кг.

Подъёмник представляет собой стойку с подъёмной стрелой и подвеской, закреплённую на основании на колёсах или на стене. На вертикальной стойке стационарно закреплён аккумуляторный блок с пультом управления. Подвеска представляет собой комплект мягких ремней для фиксации пациента.

**Рамка Циммера (ходунки)** – идеальное средство для самостоятельного перемещения пациентов, вынужденных удерживать свой вес, опираясь на руки.

**Трость для прогулок** снабжена специальной металлической насадкой, предупреждающей скольжение. Рекомендуется для перемещения пожилых людей и пациентов с нарушением координации движений.

При высоком риске развития потенциальных проблем пациента (пролежней, гипостатической пневмонии, спастичности, контрактур и т.д.) необходимо часто изменять положение пациента. После некоторых операций, диагностических процедур пациент также нуждается в вынужденном положении.

## **Безопасная транспортировка пациента на каталке, кресле-каталке, на носилках, на руках**

Смотрите методическую разработку по теме «Приём пациента».

### **Возможные проблемы обездвиженного пациента**

- риск появления пролежней
- риск дыхательных нарушений (нарушения дренажной функции бронхов и застойных явлений в лёгких)
- риск нарушения мочевыделения (образования камней в почках и инфицирования мочевых путей)
  - риск запоров
  - риск снижения аппетита
  - риск изменений в опорно-двигательном аппарате (контрактур суставов и гипотрофии мышц)
  - риск травмы в результате падения
  - риск нарушения сна
  - риск дефицита личной гигиены
  - риск дефицита общения
  -

### **Обеспечение безопасности пациента**

- Размещать пациентов с высоким риском падений и других травм в палатах, находящихся недалеко от сестринского поста.
- Обеспечить пациентов средствами связи с сестринским постом и научить ими пользоваться. Быстро отвечать на каждый вызов.
- Как можно чаще навещать таких пациентов, помогать их передвижениям в соответствии с назначенным режимом двигательной активности.
- Обеспечить своевременное кормление, осуществление физиологических отправлений, выполнение гигиенических процедур.
- Все необходимые пациенту предметы расположить в местах, легко ему доступных.
- В палатах и всех помещениях, которыми пользуются такие пациенты, должно быть включено ночное освещение.
- Рационально оборудовать и поддерживать порядок в помещениях и коридорах (пациент может упасть, споткнувшись о мебель, оборудование, шнур электропровода и т.д.).
- Исключить передвижение пациентов по мокрому скользкому полу.
- Использовать мебель, оснащённую поручнями и защитными ограждениями, приспособления, облегчающие передвижения: ходунки, трости, костыли, каталки.
- Над кроватью пациента с высоким риском падений и травм или на двери его палаты повесить специальную табличку.

### **Пациент рискует упасть:**

- поскользнувшись при ходьбе
- споткнувшись о какой-либо предмет
- с кровати (во время сна или поднимаясь с неё)
- при перемещении с коляски, каталки
- в ванной комнате и туалете
- во время прогулки по территории больницы
- потеряв сознание

### **Пациенты с высоким риском падений:**

- в возрасте старше 65 лет
- имевшие случаи падений в прошлом
- имеющие физиологические проблемы (нарушение зрения, слуха; ограничение двигательной активности; нарушение равновесия, шаткость при ходьбе; общая слабость вследствие болезни, истощения; частый жидкий стул (диарея); частое мочеиспускание)
- имеющие психологические проблемы (спутанность сознания; психологический стресс (эмоциональный шок)
- имеющие побочные эффекты лекарственной терапии (мочегонные, гипотензивные средства, средства, влияющие на ЦНС, обезболивающие, противоаллергические, слабительные)

### **Понятие о биомеханике и правильном положении тела**

Сестринский персонал, оказывая помощь тяжелобольным, подвергается значительным нагрузкам. Перемещения пациента в постели, подкладывание судна, передвижение носилок, каталок, а иногда и тяжёлой аппаратуры может привести в конечном итоге к повреждению позвоночника. Любое быстрое движение, связанное с перемещением пациента или тяжелого предмета, любое движение, не являющееся физиологическим для позвоночника, увеличивает вероятность его повреждения. Кроме того, постоянные, пусть даже нерезкие «неправильные», нефизиологические движения позвоночника приводят к его травме, которая даст о себе знать со временем.

*Биомеханика* – наука, изучающая законы механического движения в живых системах.

В самом широком смысле к живым системам в биомеханике относятся:

- целостные системы, например – человек;
- его органы и ткани;

- объединения организмов, то есть совершающая совместные действия группа людей.

Все движения человека осуществляются в полном соответствии с законами физики, но биомеханика много сложнее, чем механика неживых тел.

Движения человека обеспечиваются совместной работой скелета, мышц, вестибулярного аппарата и нервной системы.

БИОМЕХАНИКА В МЕДИЦИНЕ изучает координацию усилий костно-мышечной, нервной системы и вестибулярного аппарата, направленных на поддержку равновесия и обеспечение наиболее физиологичного положения тела в покое и при движении: ходьбе, подъёмах тяжестей, наклонах, в положении сидя, стоя, лёжа, а также при выполнении повседневных жизненных функций.

Человек, как правило, не задумывается над тем, как совершить то или иное движение: они носят рефлекторный характер. Эти рефлексы вырабатываются в раннем детском возрасте. Но не каждое движение человека достаточно рационально. По законам биомеханики, эффективно лишь то движение, которое обеспечивает достижение поставленной цели с наибольшей выгодой для организма: наименьшим напряжением мышц, расходом энергии и нагрузкой на скелет. В равной мере сказанное относится и к неподвижному положению тела человека: лёжа, сидя, стоя.

Медицинская сестра должна быть знакома с правилами биомеханики, уметь применять их в своей работе и обучить пациента пользоваться ими для наиболее эффективного удовлетворения потребностей «двигаться» и «избегать опасности».

Сохранить вертикальное положение тела в пространстве человек может только сохранив РАВНОВЕСИЕ. Начиная ходить ребёнок часто падает, так как только учится сохранять равновесие при ходьбе. Позднее он будет сохранять его и при выполнении многих более сложных движений.

Медсестра, осуществляющая уход за тяжелобольными пациентами, должна уметь сохранить равновесие собственного тела и тела пациента, чтобы избежать падений и травм, а также уберечь позвоночник от неправильной или чрезмерной нагрузки.

Одно из важных условий, обеспечивающих устойчивое равновесие тела – определённое отношение ЦЕНТРА ТЯЖЕСТИ ТЕЛА К ПЛОЩАДИ ОПОРЫ.

Площадь опоры человека в положении «стоя» ограничена ступнями его ног. Центр тяжести в таком положении находится примерно на уровне второго крестцового позвонка.

Если центр тяжести твёрдого тела – фиксированная точка, то у человека центр тяжести смещается при изменениях позы, и может в некоторых случаях выйти за пределы площади опоры. Это грозит падением.

При работе следует использовать существующие правила биомеханики.

#### ***Правило первое:***

Устойчивое равновесие тела возможно только тогда, когда центр тяжести при любом изменении положения тела будет проецироваться на площадь опоры.

#### ***Правило второе:***

Равновесие станет более устойчивым, если увеличить площадь опоры. В положении стоя этого легко достичь разведением стоп в удобном положении: расстояние между стопами около 30 см, одна стопа немного выдвинута вперёд.

#### ***Правило третье:***

Равновесие более устойчиво, когда центр тяжести смещается ближе к площади опоры. Это достигается небольшим сгибанием ног в коленях, приседанием. (Не наклоняйтесь вперёд! Встаньте как можно ближе к человеку или грузу, который Вам предстоит поднять).

#### ***Правило четвёртое:***

Сохранить равновесие тела и снизить нагрузку на позвоночник поможет правильная ОСАНКА, то есть наиболее физиологичные изгибы позвоночного столба, положение плечевого пояса и состояние суставов нижних конечностей:

- плечи и бёдра в одной плоскости,
- спина прямая,
- суставы и мышцы нижних конечностей выполняют максимальную работу при движении, щадя позвоночник и мышцы спины.

#### ***Правило пятое:***

Поворот всего тела, а не только плечевого пояса, предотвратит опасность нефизиологичного смещения позвоночника, особенно в случаях, когда это движение сопровождается подъёмом тяжести. Избегайте резких движений!

**Правило шестое:**

Требуется меньшая мышечная работа и нагрузка на позвоночник, если подъём тяжести заменить перекачиванием, поворотом её там, где это возможно.

Кроме выполнения перечисленных правил биомеханики, необходимо также избегать натуживаний на высоте вдоха. В это момент у человека возможны тяжёлые нарушения в сердечно-сосудистой системе: расстройство ритма работы сердца, ухудшение кровоснабжения сердечной мышцы (эффект Вальсальвы).

При этом появляются «шум в ушах», головокружение, слабость, возможна даже потеря сознания. Похожее состояние бывает у некоторых пациентов и при быстром изменении положения тела (постуральный рефлекс).

У тяжелобольного обездвиженного пациента существует риск и другого вида травм. Речь идёт о повреждении мягких тканей в результате неправильного ухода: ДЛИТЕЛЬНОМ СДАВЛЕНИИ мягких тканей и их травмах при различных перемещениях пациента. Такие травмы называются ПРОЛЕЖНЯМИ.

Если обездвиженный пациент длительно находится в одном и том же положении (лежит в постели, сидит в кресле-каталке), то в мягких тканях, которые сдавлены между поверхностью опоры и костными выступами ухудшается крово- и лимфообращение, травмируется нервная ткань. Это приводит к дистрофическим, а позднее – некротическим изменениям кожи, подкожно-жировой клетчатки и даже мышц,

При неправильном перемещении пациента возможен РАЗРЫВ мышечных волокон и мелких сосудов вследствие сдвига тканей. Это значительно ухудшает трофику тканей, вызывает воспаление мышц и способствует образованию на этом месте глубоких пролежней. Возможна отслойка рогового слоя (ссадина), которая появляется в результате ТРЕНИЯ. Такие травмы связаны с тем, что медицинская сестра пытается придать телу пациента необходимое положение не приподнимая, а подтягивая его на постели. Образованию пролежней способствует влажная, неопрятная постель со складками и крошками. Более подробно о профилактике пролежней Вы узнаете из учебного модуля «Личная гигиена».

Чтобы предотвратить травмы у пациента с ограниченной двигательной активностью, соблюдайте следующие правила:

1. Объясните пациенту цель и ход предстоящего перемещения. Оцените возможную степень его участия в предстоящей манипуляции. Объясните, каких действий Вы ожидаете от пациента во время её выполнения.

2. Пациента легче и безопаснее «перекатить», чем переместить приподнимая его над поверхностью кровати.

3. Когда медсестра поворачивает, передвигает, перекачивает пациента в постели, трение должно быть предельно исключено.

4. Большая площадь поверхности тела при перемещениях подвергается наибольшему трению. Чтобы снизить трение, необходимо уменьшить перемещаемую площадь. Это достигается в том случае, если руки пациента будут на шее или талии медсестры, либо сложены на груди. Если возможно, медсестре лучше воспользоваться помощью пациента: приподнимаясь над поверхностью постели с опорой на локти и пятки, с помощью медсестры пациент достигнет необходимого положения с наименьшим риском травм мягких тканей.

5. Чем меньше трение между телом пациента и постелью, тем меньше усилий потребуются медсестре для выполнения перемещения: это предотвратит травмы позвоночника у медсестры.

6. Если пациент не в состоянии помочь Вам осуществить необходимое перемещение, обратитесь за помощью к коллеге. Вдвоём или втроём осуществить манипуляцию значительно удобнее и безопаснее. Заранее обсудите с коллегой и пациентом план совместных действий.

7. Избежать образования пролежней и некоторых других проблем (контрактур суставов, гипотрофии мышц, образования камней в почках и др.) у обездвиженного пациента позволят частые перекачивания его в различные положения в постели. Эти перемещения осуществляют с учётом правил биомеханики тела каждые 2 часа.

**ВЫПОЛНЯЯ ЛЮБОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ, МЕДСЕСТРЕ СЛЕДУЕТ:**

1. Убедиться в наличии необходимого инвентаря.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, обсудить с ним план совместных действий. Если необходимо, воспользоваться помощью коллег.
4. Опустить кровать в горизонтальное положение, отрегулировать необходимую высоту: когда лежащий пациент находится на уровне середины её бедра. (Это позволит медсестре затратить меньше силы для выполнения манипуляции). Встать как можно ближе к пациенту.
5. Убрать одеяло, переложить подушку в изголовье кровати. (Это предотвратит вероятность удара пациента головой о спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции).
6. Уложить пациента на спину.
7. Пользуясь правилами биомеханики, переместить пациента в необходимое положение.
8. Знание биомеханики позволит предотвратить травму.

Сидеть, стоять и поднимать тяжести можно с соблюдением определённых правил.

*Правильная биомеханика в положении сидя заключается в следующем:*

- 1) колени должны быть чуть выше бёдер (это позволит перераспределить массу тела и уменьшить нагрузку на поясничный отдел позвоночника);
- 2) спина должна быть прямой, а мышцы живота – напряжёнными;
- 3) плечи должны быть расправлены и расположены симметрично бёдрам.

**Запомните!** Для того, чтобы повернуться, находясь в положении сидя, повернитесь всем корпусом, а не только грудью или плечами.

Если по роду деятельности сестры ей приходится часто поворачиваться в стороны, сидя на стуле, лучше, чтобы этот стул был вертящимся и на колёсах. Кроме того, следует правильно подобрать стул. Для этого сядьте на стул и обопритесь на его спинку. Высота стула и его глубина подобраны правильно, если:

- 2/3 длины ваших бёдер находятся на сиденье;
- стопы без напряжения касаются пола.

Если размер стула не подходит, следует использовать различные приспособления (подушки, подставки для ног) для того, чтобы биомеханика тела была правильной.

*Правильная биомеханика тела в положении стоя заключается в следующем:*

1. колени должны быть расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
2. масса тела должна быть распределена равномерно на обе ноги;
3. ступни должны быть расставлены на ширину плеч;
4. для того, чтобы снизить нагрузку на поясничный отдел позвоночника, встаньте прямо и напрягите мышцы живота и ягодиц; голову при этом следует держать прямо, чтобы подбородок находился в горизонтальной плоскости;
5. расположите плечи в одной плоскости с бёдрами.

**Запомните!** Для того чтобы повернуться, находясь в положении стоя, вначале поверните ступни так, чтобы за ними следовал корпус тела. Не начинайте поворот с поясницы!

**Правильная биомеханика при поднятии тяжестей заключается в следующем:**

1. перед поднятием тяжестей расположите стопы на расстоянии 30 см друг от друга, выдвинув одну стопу слегка вперёд (этим достигается хорошая опора и уменьшается опасность потери равновесия и падения);
2. встаньте рядом с человеком, которого вам нужно будет поднимать, так, чтобы вам не нужно было наклоняться вперёд;
3. прижимайте поднимаемого человека к себе в процессе подъёма;
4. сгибайтесь только колени, поднимая человека, сохраняя туловище в вертикальном положении;
5. не делайте резких движений.

**Запомните!** Для того чтобы повернуться, сначала поднимите груз, а затем, опираясь на стопы, плавно поворачивайтесь, не сгибая туловища, до тех пор, пока груз находится у вас на руках.

Используя правильную биомеханику тела, сестра обеспечивает себе безопасность, а стало быть, сохраняет своё здоровье.



Наибольшей физической нагрузке подвергается сестра при перемещении пациента с носилок на кровать (или наоборот). В связи с этим никогда не следует выполнять эту манипуляцию одному. Прежде чем куда-либо перемещать пациента, задайте несколько вопросов, чтобы убедиться, насколько он сможет вам помочь.

**Запомните!** Пациент должен знать весь ход предстоящей манипуляции.

**Итак, вопросы:**

1. Сможет ли он удержать себя, стоя на одной ноге (этот вопрос должен быть задан пациенту, которого перемещают на кресло-каталку, и в связи с этим он должен будет находиться вертикально некоторое время)?

2. Сохраняет ли пациент чувство равновесия?

3. Хорошо ли он видит и слышит?

4. Хорошо ли он вас понимает?

5. Не боится ли он передвигаться?

После того как вы получили всю необходимую информацию, обсудите с коллегой, который будет вам помогать, план совместных действий по перемещению пациента.

Перемещая пациента в постели, сестре следует учитывать сохранение правильной биомеханики тела, как пациента, так и своей собственной.

Начиная перемещение пациента в постели, следует:

1. поднять постель (если позволяет устройство кровати) на уровень, приближающий пациента к центру тяжести сестры;

2. убрать подушку и одеяло;

3. придать постели горизонтальное положение;

4. повернуть пациента на спину;

5. положить в изголовье (не под голову!) подушку, которая предотвратит удар пациента головой о спинку кровати;

6. встать около кровати на уровне ног пациента, повернувшись к постели под углом  $45^\circ$  (таким образом достигается наибольшее равновесие);

7. расставить ноги, отставить ногу, находящуюся ближе к изголовью, слегка назад;

8. слегка присесть так, чтобы ваши руки находились на уровне ног пациента (таким образом опускается центр тяжести сестры, в работу включаются мышцы бёдер, а не спины);

9. переместить центр тяжести на отставленную назад ногу (таким образом, уменьшается сила, необходимая для перемещения тяжести);

10. передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати (перемещение ног в таком направлении совпадает с направлением силы тяжести);

11. переместиться вдоль бедра пациента;

12. слегка присесть так, чтобы руки находились на уровне бёдер пациента (таким образом центр тяжести сестры опускается, и в работу включаются мышцы бёдер, а не спины);

13. вновь передвинуть бёдра пациента по диагонали к изголовью;

14. переместиться вдоль верхней части туловища пациента;

15. слегка присесть так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента;

16. просунуть руку, находящуюся ближе к изголовью, под шею пациента и снизу обхватить его плечо и поддерживать (таким образом обеспечивается безопасность пациента при перемещении);

17. просунуть другую руку под верхнюю часть спины пациента (таким образом уменьшается трение кожи спины);

18. передвинуть туловище, плечи, голову и шею пациента по диагонали к изголовью;

19. переходить с одной стороны постели на другую, повторяя пункты 6 – 18 до тех пор, пока тело пациента не достигнет желаемой высоты;

20. положить пациента на середину постели (если в результате перемещения он оказался ближе к краю), точно так же манипулируя по очереди тремя отделами его тела;

21. принять меры безопасности, предупреждающие падение пациента;

22. выровнять тело пациента в удобном для него положении, убедившись, что он не испытывает неудобств;

23. опустить кровать;

24. вымыть руки.

В тех случаях, когда пациент в состоянии выполнять некоторые действия, способствующие перемещению, одна или две сестры оказывают ему помощь. Так же как в манипуляции, описанной ранее, следует повернуть пациента на спину и привести изголовье постели в горизонтальное положение, переложив подушку в изголовье (предупреждение опасности травмирования головы пациента!).

Далее следует:

1. встать лицом к изголовью постели (стоя лицом по направлению движения, сестре не придётся поворачивать туловище, передвигать пациента);

2. каждая из сестёр подводит одну руку под плечи пациента, другую – под бёдра или  
-одна сестра встаёт у верхней части туловища пациента и руку, находящуюся ближе к изголовью, она подводит под голову пациента и его противоположное плечо, а другой обхватывает ближайшую к ней руку и плечо пациента;

-другая сестра встаёт у нижней части туловища пациента и помещает руки под его бёдра и поясницу;

3. расставить ноги, отставив ближайшую к изголовью постели ногу немного назад;

4. попросить пациента согнуть ноги в коленях, не отрывая стоп от постели;

5. попросить пациента согнуть шею, прижав подбородок к груди (таким образом уменьшается сопротивление и увеличивается подвижность пациента, что приводит к уменьшению нагрузки на сестёр);

6. слегка присесть так, чтобы предплечья оказались на уровне постели (таким образом улучшается равновесие, перемещается центр тяжести, работу осуществляют мышцы бёдер, а не спины);

7. попросите пациента на счёт «три» оттолкнуться пятками от постели и, выдохнув воздух, приподнять туловище и передвинуться к изголовью (таким образом пациент помогает себе сам переместиться в постели, а выдыхание воздуха позволяет избежать эффекта Вальсальвы (появление сердцебиения при резком напряжении));

8. на счёт «три» следует раскачнуться и перенести массу тела на ногу, отставленную назад (раскачивание улучшает равновесие, а перенос центра тяжести противодействует массе тела пациента, снижая силу, необходимую для преодоления нагрузки).

Далее следует помочь занять пациенту необходимое положение, убедиться, что он лежит комфортно, и вымыть руки.

### **Факторы риска для пациента в ЛПУ**

Пациент ЛПУ – это страдающий человек с нарушением физического, душевного и социального благополучия, расстройством биосоциальной адаптации, ощущением зависимости от болезни, переживанием стеснённой свободы. И сама болезнь, и новая окружающая среда вынуждают его изменить привычный образ жизни и по-новому удовлетворять свои потребности.

Необходимо максимально устранить влияние факторов риска на пациента и создать в ЛПУ такие условия, которые обеспечат пациенту безопасность всё время, пока он там находится.

Факторы риска, негативно влияющие на пациента в ЛПУ, можно условно разделить на две группы:

1) психосоциальные факторы.

2) факторы, угрожающие безопасности жизнедеятельности человека.

#### **Психосоциальные факторы риска**

Среди этой группы факторов риска для пациента в ЛПУ следует выделить следующие:

– изменённая ролевая функция  
– сниженная индивидуальная способность к адаптации и преодолению стрессовых ситуаций

– высокая степень риска от неустойчивости жизнедеятельности

– сниженная реакция на социальное взаимодействие

– синдром стресса перемещения

– нарушение чувства собственного достоинства.

Психология больного характеризуется, с одной стороны, ощущениями физического порядка, представлениями о болезни, а, с другой стороны, - установлением определённых отношений к болезни.

У больного нарушается обычный ход взаимоотношений, возникают новые отношения с близкими, появляются новые связи с незнакомыми до болезни людьми. Важная задача медсестры – проникнуть в психологию больного. Для правильной организации ухода за ним надо знать, как пациент реагирует на свою болезнь.

Период формирования отношений между медсестрой и больным имеет 3 этапа. Больной, попав в стены ЛПУ, чувствует себя неуютно. Установить с ним контакт можно, упомянув об общих знакомых, сообщив необходимые сведения о больнице и т.д. Важнейший метод установления контакта – умение выслушать больного, причём слушать надо с интересом, реагируя на услышанное. Здесь важно всё – и обстановка, в которой происходит разговор, и то, насколько естественно себя ведёт медсестра.

На этапе лечения изменяющаяся картина болезни, ход обследования и др. могут вызвать у больного страх, неуверенность, придирчивость, которые можно уменьшить или вообще устранить, проявляя внимание к пациенту.

На конечном этапе нередко возникают психологические трудности при выписке из больницы. Одна категория больных боится покинуть отделение, где были надёжно защищены от опасности, в то время как другие стремятся к скорейшей выписке. Пациенты часто сомневаются в том, что дома смогут соблюдать диету, поддержать достигнутый эффект. Надо беседовать с больными, успокаивать их, объяснять особенности поведения дома.

Чтобы устранить отрицательное влияние больничной среды на эмоциональную сферу пациента, ему надо дать больше положительных эмоций, что поможет в наилучшей и скорейшей адаптации к условиям стационара.

### **Мероприятия по обеспечению режима эмоциональной безопасности в ЛПУ**

- поддерживать тишину, спокойную и доброжелательную обстановку в лечебном отделении;
- разговаривать негромко, используя только положительную интонацию голоса;
- позаботиться об эстетике, продуманном интерьере, удобном размещении мебели, наличии помещений для отдыха и для посещений пациентов близкими;
- обеспечить организацию досуга пациентов, предоставить возможность заняться какой-либо доступной деятельностью, например, чтением, вязанием, просмотром телепередач;
- устранить отрицательные эмоции, которые могут быть вызваны у пациентов видом медицинских инструментов, предметов ухода, испачканных кровью и выделениями;
- не проявлять раздражения по поводу страхов и стеснительности пациента. Обеспечивать соответствующую обстановку и психологическую поддержку при проведении каждой манипуляции;
- не следует разрешать пациентам громко включать радио и телевизор, устраивать шумные дискуссии;
- позаботиться о рациональном заполнении палат: это поможет всем пациентам более полноценно удовлетворить свою потребность в общении;
- не допускать нарушения тишины во время дневного отдыха и ночного сна пациентов.

### **Факторы, угрожающие безопасности жизнедеятельности человека**

- снижение защитных функций организма
- нарушение (расстройство) схемы\_ теланерешительность, противоречивость при принятии решения
- высокий риск осложнений лекарственной терапии
- высокий риск внутрибольничной инфекции
- высокий риск травм, повреждений
- высокий риск ожогов, переохлаждений
- высокий риск поражений электрическим током во время процедур

- пониженная физическая подвижность
- обессиливание (общая слабость)
- недостаточная самогигиена

***Для предотвращения возникновения ситуаций, приводящих к нарушению жизнедеятельности человека, медсестра в первую очередь должна ознакомить пациента с распорядком дня, режимом работы лечебного отделения и следить за их соблюдением. С целью снижения риска возникновения осложнений в результате проведённых манипуляций и процедур больной должен знать о возможных последствиях при несоблюдении правил поведения после них.***

Сестринские вмешательства, направленные на снижение риска падений, травм, ожогов, пищевых отравлений и поражений электрическим током во время проведения процедур должны быть сконцентрированы на выявлении пациентов с высоким риском несчастных случаев. Особенно высок риск несчастных случаев у детей и пациентов пожилого и старческого возраста. Для профилактики внутрибольничного инфицирования медсестра должна соблюдать режим инфекционной безопасности и личной гигиены пациента.

Обеспечение безопасности больного, находящегося в ЛПУ – это многогранная проблема. И далеко не всегда можно предусмотреть возникновение тех или иных ситуаций, угрожающих безопасности жизнедеятельности больного. Для предупреждения многих из этих ситуаций необходимо придерживаться следующих правил:

- Кровать больного, санузел должны быть снабжены звонками для экстренного вызова.
- Для предупреждения падений в помещениях ЛПУ не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами.
- Лестницы и коридоры должны быть хорошо освещены.
- После попадания на пол жидкости её необходимо немедленно вытирать, чтобы больной не поскользнулся на мокром полу.
- Обувь пациентов должна быть удобная, не растоптанная, с нескользящей подошвой. На разных покрытиях разные подошвы скользят по-разному.
- Приучайте ослабленных больных и пациентов с нарушениями координации пользоваться перилами, поручнями, опорными ручками, ходунками. Периодически проверяйте прочность закрепления перил и поручней. При использовании ходунков, костылей, тростей периодически проверяйте их прочность, целостность наконечников.
- Все средства передвижения больного, имеющие колёса: каталка, кресло-каталка, функциональная кровать и др. – должны иметь функционирующие тормоза. Перед использованием этих средств убедитесь, что они исправны. Во время пересаживания или перекладывания больного тормоза должны быть зафиксированы. Если вы вынуждены оставить на время человека, находящегося на колёсном средстве передвижения, то прежде, чем отойти от больного, вы должны зафиксировать тормоза.
- Периодически проверяйте качество очков (состояние стёкол) и их соответствие потребностям пациента со сниженным зрением.
- Периодически проверяйте качество работы слухового аппарата у плохо слышащих пациентов.
- Ослабленные больные, престарелые должны пользоваться ванной комнатой и туалетом, не закрывая дверь на задвижку.
- В больничной палате ночью должен гореть ночник, позволяющий проснувшемуся человеку сориентироваться в обстановке.
- При угрозе падения больного с кровати пользуйтесь кроватями, имеющими боковые бортики.
- Больному необходимо избегать резких вставаний с постели или из кресла во избежание головокружения, потери сознания и падения.
- При вставании или, наоборот, усаживании в ванной нельзя пользоваться в качестве поручня кранами или трубами водопровода. В случаях срыва крана или отрыва трубы человек может получить ожоги.
- В связи с плохой температурной чувствительностью кожи пациента при ряде заболеваний, температуру воды в ванной нужно измерять не рукой, а с помощью водяного термометра.

- Во избежание электротравм нельзя пользоваться электрической грелкой пациентам, страдающим недержанием мочи и кала.
- Пить и есть пациенты с нарушениями глотания должны только в присутствии второго лица.
- Прячьте спички от больных, страдающих слабоумием.
- Нельзя курить и включать электроприборы рядом с больным, пользующимся кислородной подушкой.
- Обеспечить пациенту возможность своевременно осуществлять гигиенические процедуры.

### Факторы риска для медицинской сестры в ЛПУ

Одной из важнейших составляющих формирования безопасной больничной среды является определение, выявление и устранение различных факторов риска для медицинского персонала. Деятельность медсестры содержит несколько своеобразных профессиональных факторов, которые могут неблагоприятно действовать на состояние её здоровья. Их можно условно разделить на 4 группы.



#### Физические факторы риска

К физическим факторам риска для медсестры относятся:

- физическое взаимодействие с пациентом;
- воздействие высоких и низких температур;
- различные излучения;
- нарушения техники эксплуатации электрооборудования.

*Под физическим взаимодействием с пациентом* понимаются все мероприятия, связанные с транспортировкой и перемещением пациентов. Они являются основной причиной травм, возникновения боли в спине, развития остеохондроза у медсестёр.

#### Знай и умеешь использовать правила поднятия и перемещения тяжестей!

- Одежда должна быть свободной.
- Обувь должна плотно облегать ногу, подошва – минимально скользить по полу. Предпочтительна обувь из кожи или плотной х/б ткани, с широким каблуком высотой не более 4 – 5 см.

• Не поднимайте тяжести и не работайте в положении наклона туловища вперёд. Нагрузка (давление на межпозвоночные диски) с увеличением угла наклона возрастает в 10 – 20 раз. Это значит, что при поднятии или перенесении предмета весом в 10 кг в положении наклона туловища вперёд Вы подвергаетесь нагрузке в 100 – 200 кг.

• При поднятии тяжёлого груза располагайте его как можно ближе к груди и только на согнутых и максимально прижатых к груди руках. Чем дальше вы отстраняете предмет от себя, тем больше нагрузка ложится на Ваш позвоночник.

• Распределяйте нагрузку на руки равномерно и спину всегда держите прямо.

• Если нужно поднять предмет из низкого положения, например, с пола, присядьте рядом с предметом, сохраняя прямое положение спины, возьмите предмет в руки и прижмите его к туловищу, а затем вставайте, сохраняя прямую спину.

- Если нужно помочь больному, лежащему в кровати, например, передвинуть его или помочь принять сидячее положение, допустимо не склоняться над ним и не тянуться к нему к глубокому краю кровати, а встать на край кровати на одно колено и, крепко упираясь на него, помочь больному.

- Ноги ставьте на ширине плеч, а стопы – параллельно друг другу.

- Если необходимо поднятый Вами груз сместить в сторону – не поворачивайтесь только верхней частью тела (плечами и руками, сохраняя ноги в прежнем положении), а поворачивайтесь всем корпусом.

- Всегда ищите возможность облегчить нагрузку: используйте помощь пациента (его возможность подтянуться, оттолкнуться, опереться и т.п.) и окружающих. Не стесняйтесь и не ленитесь просить помочь поднять или перенести больного.

- Используйте специальные приспособления для облегчения своей работы: опоры, транспортные доски, поворотные круги, подъёмники для больных, и т.п.

Избежать неблагоприятного *воздействия высоких и низких температур* (ожогов и переохлаждений) в связи с выполнением манипуляций позволит реализация любого сестринского вмешательства строго по алгоритму действий.

Высокие дозы *радиоактивного облучения* смертельны. Небольшие дозы приводят к заболеваниям крови, развитию опухолей (прежде всего костей и молочных желез), нарушению репродуктивной функции, развитию катаракты.

Источниками излучения в ЛПУ являются рентгеновские аппараты, сканеры и приборы сцинтиграфии, ускорители (аппараты лучевой терапии) и электронные микроскопы. В медицине широко используются также препараты радиоактивных изотопов, применяемых для целей диагностики и лечения ряда заболеваний.

### **Способы защиты от излучения**

- расстояние (чем дальше от источника излучения, тем меньше доза облучения);
- применение индивидуальных средств защиты (ношение свинцового фартука, нахождение позади передвижного экрана снижают облучение);
- скорость выполнения манипуляций (чем меньше время нахождения рядом с источником, тем меньше получаемая доза).

Оказывать физическую поддержку пациенту во время рентгенологического исследования или лечения возможно только в случае крайней необходимости. Беременность медсестры является противопоказанием для подобного рода услуг.

Следует помнить, что сейчас в медицинских учреждениях для лечебных, профилактических и диагностических целей используются и *другие виды излучений*, неблагоприятно влияющие на здоровье медицинского персонала. К ним относятся:

- сверхвысокочастотные (СВЧ) излучения;
- ультрафиолетовые и инфракрасные излучения;
- магнитные и электромагнитные поля и излучения;
- световые и лазерные излучения.

Для профилактики их повреждающего действия на организм медсестры необходимо соблюдать технику безопасности при работе с соответствующими приборами.

В процессе работы медсестра часто пользуется различными электроприборами. Случаи *поражений электрическим током* (электротравмы) связаны с неправильной эксплуатацией или неисправностью оборудования.

### **Техника безопасности при работе с электроприборами**

- Технические средства защиты от коротких замыканий (автоматические или пробочные предохранители) в электросети должны находиться в исправном состоянии. Категорически запрещается использовать для этой цели самодельные предохранители (куски провода, «жучки»).

- Перед использованием электроприборов надо изучить инструкцию по его эксплуатации.

- Электроприборы должны содержаться в исправном состоянии и своевременно ремонтироваться. Их ремонт не должны осуществлять случайные люди.

- Применяйте только заземлённое оборудование.

- Под постоянным контролем должно находиться состояние изоляции электропроводки, электрооборудования и прочих элементов электросети.

- Ремонт и замена элементов электросети, электрооборудования и электроприборов должна производиться после их обесточивания.

- Не допускайте запутывания проводов, убедитесь в их целостности перед использованием.

- Прибор включается в электросеть в следующем порядке: сначала шнур подключается к электроприбору, а лишь затем к сети. Его отключение производится в обратном порядке. Не выдёргивайте штепсель, потянув за шнур.

- Электроприборы должны использоваться в помещениях с непроводящими электрический ток полами. Их не следует эксплуатировать во влажных помещениях, вблизи ванн, раковин или на открытом воздухе.

- Не допускайте сетевой перегрузки, то есть не включайте в одну розетку несколько электроприборов.

### **Химические факторы риска (токсические вещества).**

В лечебном учреждении сестринский персонал подвергается воздействию различных групп токсичных веществ, содержащихся в *дезинфицирующих, моющих средствах, лекарственных препаратах.*

Наиболее частое проявление побочного действия токсичных веществ – профессиональный дерматит – раздражение и воспаление кожи различной степени тяжести. Помимо профессионального дерматита токсичные вещества вызывают повреждение других органов и систем. Токсичные и фармацевтические препараты могут воздействовать на органы дыхания, пищеварения, кроветворения, репродуктивную функцию. Особенно часты различные аллергические реакции вплоть до развития серьёзных осложнений в виде приступов бронхиальной астмы, отёка Квинке и т.п.

### **Профилактические меры, уменьшающие воздействие токсичных веществ**

1. Следует получить полное представление о применяемых препаратах: химическое название, фармакологическое действие, побочные эффекты, правила хранения и применения.

2. При возможности потенциальные раздражители должны быть заменены на безвредные вещества. Химические вещества, обладающие дезинфицирующими свойствами можно заменить чистящими средствами и дезинфекцией с помощью высоких температур. Они имеют равную или даже большую эффективность и более дешевы.

3. Использовать защитную одежду: перчатки, халаты, фартуки, защитные щитки и очки, бахилы, маски и респираторы. Если резиновые перчатки у людей с повышенной чувствительностью провоцируют дерматит, можно надевать силиконовые или полихлорвиниловые перчатки с подкладкой из хлопка. С порошками нужно работать только в хлопчатобумажных перчатках, однако они плохо защищают кожу при работе с жидкими химическими веществами.

4. Приготовление растворов дезинфицирующих средств должно осуществляться в специально оборудованных помещениях с приточно-вытяжной вентиляцией.

5. Не следует применять препараты местного действия голыми руками. Надевайте перчатки или пользуйтесь шпателем.

6. Нужно тщательно ухаживать за кожей рук, обрабатывать все раны и ссадины. Лучше пользоваться жидким мылом, хорошо вытирать руки после мытья. Защитные и увлажняющие кремы могут помочь восстановить природный жировой слой кожи, утрачиваемый при воздействии некоторых химических веществ.

7. При несчастных случаях немедленно:

- промойте глаза большим количеством холодной воды – если препарат попал в глаза;
- промойте рот водой – если препарат попал в рот;
- смойте препарат с кожи – если препарат попал на кожу;
- смените одежду (или спецодежду) – если препарат попал на одежду.

### **Биологические факторы риска**

К биологическим факторам риска следует отнести опасность заражения медицинского персонала внутрибольничными инфекциями. Предотвращение профессионального инфицирования достигается неукоснительным соблюдением противоэпидемического режима и дезинфекционных мероприятий в ЛПУ. Это позволяет сохранить здоровье медицинского персонала, особенно работающего в приёмных и инфекционных отделениях, операционных, перевязочных, манипуляционных и лабораториях, т.е. имеющего более высокий риск заражения в результате непосредственного контакта с потенциально инфицированным биологическим материалом (кровь, плазма, моча, гной и т.д.).

Работа в этих функциональных помещениях и отделениях требует индивидуальной противоинфекционной защиты и соблюдения правил техники безопасности персоналом, обязательной дезинфекции перчаток, отработанного материала, одноразового инструментария и белья перед их утилизацией, регулярности и тщательности проведения текущих и генеральных уборок.

В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

- сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
- исключение внутригоспитальных заражений;
- исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

Медицинские отходы возглавляют список наиболее опасных. Работа с ними регламентируется СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений».

В вопросах профилактики ВБИ в стационарах младшему и среднему медперсоналу отводится основная, главенствующая роль – роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролёра. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ВБИ.

### **Заботясь о своём здоровье – соблюдай правила санитарии и гигиены!**

Сопротивляться воздействию инфекции может только чистая здоровая кожа и слизистые оболочки.

- Около 99 % возбудителей инфекционных заболеваний могут быть удалены с поверхности кожи с помощью мытья рук с обычным мылом.
- Ежедневно принимайте после окончания работы с больным гигиенический душ.
- Даже незначительные повреждения на коже рук (царапины, ссадины, задранные заусенцы) надо обрабатывать бриллиантовой зеленью и заклеивать водонепроницаемым пластырем.
- Оказывая помощь пациенту, медсестра должна использовать индивидуальные средства защиты согласно действующим правилам.
- Уборку помещения, где находится больной, следует проводить в резиновых перчатках.
- Ручки умывальных кранов, ручки дверей, выключатели и трубку телефона как наиболее часто используемые предметы необходимо ежедневно мыть и протирать дезинфицирующими растворами.
- Прежде, чем закрыть умывальный кран после мытья рук, его необходимо вымыть так же, как и руки.
- Если у пациента имеется инфекционное заболевание, передающееся воздушным путём, необходимо работать в маске.
- В одной маске нельзя работать больше 4 часов, если Вы соблюдаете режим молчания и больше 1 часа, если Вам приходится говорить в маске.
- При оправлении постели больного не следует взбивать подушки и встряхивать простыни. Это способствует поднятию и перемещению пыли, а вместе с ней – микробов и вирусов.
- Принимайте пищу в специально отведённом помещении и обязательно снимайте при этом рабочую спецодежду (халат).
- При уходе за больным с инфекционным заболеванием, например, туберкулёзом, полиомиелитом, дифтерией и др. необходимо сделать профилактические прививки.

### **Психологические факторы риска**



В работе медсестры важное значение имеет режим эмоциональной безопасности. Работа, связанная с уходом за больными людьми, требует особой ответственности, большого физического и эмоционального напряжения. Психологические факторы риска в работе медсестры могут приводить к различным видам нарушения психо-эмоционального состояния.

**1. Психо-эмоциональное напряжение** связано с постоянным нарушением динамического стереотипа и систематическими нарушениями суточных биоритмов у медсестры, связанных со сменностью работы (день-ночь). Работа медсестры связана также с человеческими страданиями, смертью, колоссальными нагрузками на нервную систему, высокой ответственностью за жизнь и благополучие других людей. Сами по себе эти факторы уже приводят к физическому и эмоциональному перенапряжению. Кроме того к психологическим факторам риска относятся: опасение профессионального инфицирования, частые ситуации, связанные с проблемами общения (обеспокоенные пациенты, требовательные родственники). Есть ещё ряд факторов, усиливающих перенапряжение: неудовлетворённость результатами труда (отсутствие условий для эффективного оказания помощи, отсутствие материальной заинтересованности) и завышенные требования к медсестре, необходимость сочетания профессиональных обязанностей с семейными обязанностями.

## **2. Стресс и нервное истощение**

Действие постоянного стресса ведёт к развитию у медсестры нервного истощения, определяющееся как потеря интереса и отсутствие внимания к людям, с которыми она работает. Возникает нервное истощение, выражающееся в том, что медсестра не выражает никаких позитивных чувств, симпатий или уважения к пациенту. Нервное истощение характеризуется следующими признаками:

- Физическое истощение: частые головные боли, боли в пояснице, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, проблемы со сном (сонливость на работе, бессонница ночью).

- Эмоциональное перенапряжение: депрессии, чувство беспомощности, раздражительность, замкнутость.

- Психическое напряжение – негативное отношение к себе, работе, окружающим, ослабление внимания, забывчивость, рассеянность.

Осуществлять меры по профилактике развития нервного истощения необходимо как можно раньше.

### **Способы адаптации к стрессам**

С целью профилактики отрицательного воздействия стрессовых ситуаций в своей деятельности опирайтесь на следующие принципы:

- Изучите свои служебные обязанности. Их описание должно быть очень простым, чётким и конкретным.
- Планирование своего дня. Определите цели и приоритеты, используя характеристики «срочно» и «важно».

	«Не срочно»	«Срочно»
«Важно»	<b>Запланируйте</b>	<b>Сделайте</b>
«Несущественно»	<b>Отложите</b>	<b>Поручите</b>

- Любовь к своей профессии, понимание её важности и значимости.
- Оптимизм – умение сосредоточиться на том положительном, что удалось сделать за день, считая итогом только успехи.
- Здоровый образ жизни, полноценный отдых, умение расслабляться, «переключаться».
- Рациональное питание.
- Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

### **3. Синдром профессионального выгорания.**

Профессиональное выгорание – сложный психологический феномен, который часто затрагивает профессиональную деятельность специалистов, работа которых требует вовлечения в непрерывный прямой контакт с людьми и оказания им психологической поддержки.

Работа медсестры, как правило, эмоционально насыщена. Сталкиваясь с негативными эмоциями, которыми пациенты выражают отношение к своему состоянию, медсестра и сама начинает испытывать повышенное эмоциональное напряжение.

Профессиональное выгорание – это синдром физического и эмоционального истощения, возникающего на фоне хронического стресса, вызванного межличностным общением. Другими словами, «выгорание – это плата за сочувствие».

Существует множество факторов, которые способствуют накоплению такого переутомления. Часть из них связана с отношением персонала к своей деятельности и к проблемам пациентов. Риск выгорания повышается, если отсутствуют интересы помимо работы, если работа является убежищем от остальных сторон жизни и профессиональная деятельность поглощает полностью. Существует несколько видов эмоциональных реакций в профессиональной деятельности медсестры, которые повышают риск выгорания:

**Вина** перед собой и другими за то, что не успел, что-либо сделать для пациента.

**Стыд** за то, что результат работы не такой как хотелось бы.

**Обида** на коллег и пациентов, которые не оценили усилий медсестры.

**Страх** того, что не удастся что-либо сделать, что работа не даёт права на совершение ошибки, и возможности непонимания действий медсестры коллегами и пациентами.

Синдром профессионального выгорания – это целый комплекс психологических и физических симптомов, которые имеют существенные индивидуальные различия у каждого конкретного человека.

Выгорание очень индивидуальный процесс, поэтому все симптомы не появляются одновременно и у различных лиц могут проявляться с разной степенью выраженности. Среди ранних симптомов – общее чувство усталости, неприязни к работе, общего неопределённого чувства беспокойства. Часто у медсестры развивается подозрительность, которая выражается в убеждённости, что сотрудники и пациенты не хотят с ней общаться.

Профессиональное выгорание не только ухудшает результаты работы, физическое и эмоциональное самочувствие человека; оно также часто провоцирует семейные конфликты, нарушение взаимоотношений с близкими. После эмоционально насыщенного дня, проведённого с пациентами, медсестра испытывает потребность уйти на некоторое время от всех, и это желание одиночества обычно реализуется за счёт семьи и друзей. Нередко, по окончании работы, она «берёт рабочие проблемы домой», т.е. не перестраивается с роли работника на роль матери, жены, друга. Кроме того, из-за общего душевного переутомления от общения с пациентами, она уже не в состоянии выслушать и принять ещё какие-то проблемы своих близких, что вызывает непонимание, обиду и часто приводит к серьёзным конфликтам вплоть до угрозы распада семьи.

Выгорание – длительный динамичный процесс, который проходит несколько стадий, поэтому особенно важно распознать подобные профессиональные проблемы как можно раньше. Выделяют три основные стадии развития синдрома профессионального выгорания.

На первой стадии выгорания человек истощён эмоционально и физически и может жаловаться на головные боли и общее недомогание.

Для второй стадии выгорания характерна следующая картина: у медсестры может развиваться отрицательное и обезличенное отношение к людям, с которыми она работает, или у неё могут возникать негативные мысли относительно себя из-за раздражения, которое у неё вызывают пациенты. Чтобы избежать этих негативных эмоций, она уходит в себя, выполняет только минимальное количество работы, и не хочет ни с кем ссориться; чувство усталости и разбитости наблюдается даже после хорошего сна или выходных.

Заключительная, третья стадия (полное выгорание), которая к счастью обнаруживается не слишком часто, выливается в полное отращение ко всему на свете. Медсестра обижена на саму себя и на всё человечество. Жизнь кажется ей неуправляемой, она не способна выражать свои эмоции и не способна сосредоточиться.

Необходимо отметить, что профессиональное выгорание касается не только медицинского персонала, проработавшего с людьми значительное количество лет. Молодые специалисты, недавно

начавшие свою профессиональную деятельность, также подвержены синдрому выгорания. Их представления о работе и помощи людям зачастую идеализированы и реальная ситуация оказывается далёкой от их ожиданий и представлений. Кроме того, им свойственна завышенная оценка собственных профессиональных и личностных возможностей, что приводит к быстрому истощению и недовольству собственными реальными достижениями.

### **Профилактика развития профессионального выгорания**

Достигается использованием методов мышечной релаксации и приёмов аутогенной тренировки. Приёмы аутогенной тренировки являются прекрасным средством преодоления стрессов, нервных напряжений и укрепления здоровья. Обучение этим приёмам желательно проводить под руководством специалиста-психолога в кабинете психологической разгрузки.