

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование
дисциплины Уход за больным
Специальность 31.05.01 лечебное дело
Форма обучения Очная
Год начала подготовки 2025

**Тема 1. Введение. Понятие об уходе. Этика и деонтология в
клинике внутренних болезней. Работа младшего медперсонала
приемного покоя**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Пропедевтика внутренних болезней»:
Разработаны

Доцентом кафедры

Журбина Н.В.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в
образовательном процессе для обучающихся по направлению
подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года
набора очной формы обучения _____ (протокол № _____)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

*Методические указания по дисциплине «Уход за больным» размещены в
ЭИОС университета в авторской редакции*

1. Цель

Обучение студентов основам этики и деонтологии медицинского персонала. Ознакомление со структурой и функциями приемного отделения, с особенностями работы младшего медицинского персонала, закрепление у студентов знаний и практических навыков.

2. Учебные вопросы:

1. Понятие об уходе за больными.
2. Этика и деонтология в клинике внутренних болезней.
3. Работа младшего медицинского персонала приемного отделения.

3. Теоретическая часть:

Медицинская этика обозначает совокупность моральных, нравственных норм и принципов работы медицинского персонала при выполнении своих профессиональных обязанностей. Термин «Этика» как представление о человеческой морали и нравственности предложил Аристотель.

Понятие «деонтология» введено в начале прошлого столетия английским ученым и философом И. Бентамом – трактовали это понятие как практическое исполнение теоретического содержания медицинской этики.

Основными аспектами как этики, так и деонтологии являются долг и ответственность (1). В этике эти проблемы рассматриваются с точки зрения морально-нравственных отношений; в деонтологии – в аспекте должностных (профессиональных) обязанностей. Долг медицинского работника (с моральной точки зрения) – это оказание медицинской помощи любому человеку, вне зависимости от его социального положения и вероисповедания, с профессиональной – никогда, ни при каких обстоятельствах не совершать действия, которые могут нанести вред физическому и психическому состоянию людей. Если низкая профессиональная квалификация медицинского работника не всегда может быть распознана пациентом или его близким, то нравственный облик виден сразу. Следовательно, такие моральные качества, как сопереживание и милосердие, должны стать этической нормой для каждого медицинского работника (2). Ещё Авиценна требовал особого подхода к больному: «Тебе должно знать, что каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично. Редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь имел с ним одинаковую натуру».

Врач и мыслитель Гиппократ в своей знаменитой Клятве (V век до н.э.) впервые сформулировал морально-этические и нравственные нормы в профессии врача

Пациенту гарантируется соблюдение врачебной тайны:

1. О диагнозе;
2. О прогнозе заболевания;
3. О лечении.

Исключения составляют случаи, предусмотренные законодательством (2) («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

Кодекс медсестры, в свою очередь, включает: комплексный всесторонний уход, облегчение страданий, восстановление здоровья, реабилитацию, укрепление здоровья, профилактику заболеваний.

Данный кодекс имеет этическую основу – гуманность и милосердие. Особенно хотелось бы отметить то, что касается взаимоотношений медсестры и пациента, вопросы профессиональной компетентности, которая включает: соответствие профессиональным стандартам, повышение уровня культуры, сострадание и уважение к жизни, а также оказание помощи любому пациенту, независимо от его пола, возраста, характера заболевания, расовой и национальной принадлежности.

Пациент имеет право на согласие или отказ от медицинского вмешательства. Моральный и профессиональный долг медсестры – разъяснение пациенту последствий отказа от медицинской процедуры. Нередко пациенты резки в общении, пренебрежительно относятся к своей болезни. От персонала требуются терпение, выдержка, уважение, умение найти подход к каждому пациенту. Для пациентов пожилого и старческого возраста характерно чувство одиночества, беспомощности, у них ухудшаются слух, зрение, память, двигательные функции, усиливаются обидчивость, ранимость. У таких пациентов снижены возможности самообслуживания, мотивация к лечению и выздоровлению, поэтому особенно важны теплота и забота, проявляемые медицинским персоналом.

Регламентируются взаимоотношения медсестры и умирающего больного, в том числе: гуманное обращение, достойная смерть пациента, квалифицированная паллиативная помощь, максимальный физический, эмоциональный и духовный комфорт, предотвращение и облегчение страданий.

Следует подчеркнуть, что эвтаназия недопустима даже по просьбе пациента.

Главный этический принцип – «Не навреди!». Для его реализации, со стороны среднего медицинского персонала, необходимо соблюдать следующие правила:

1. В тактичной форме изложите пациенту правила пребывания в данном медучреждении. Объясните смысл запретов (обеспечение комфорта и безопасности).
2. Некоторые мероприятия по уходу за пациентом удобнее выполнять вдвоем и втроем. Учитесь работать согласованно, заранее обсудите план совместных действий с коллегами.
3. Стремитесь установить психологический контакт с пациентом. Предварительно объясните ход планируемых действий. Поощряйте активность и участие пациента в выполнении всех манипуляций.

Пациент (особенно тот, у которого ограничена двигательная активность) часто испытывает неловкость в связи с необходимостью пользоваться посторонней помощью во время приема пищи, при физиологических отправлениях, гигиенических мероприятиях, передвижениях. Будьте доброжелательны и терпеливы, убедите пациента в том, что оказание такой помощи является вашей обычной работой.

Культура поведения медицинского персонала включает как опрятный внешний вид (косметика, прическа, одежда, обувь), так и соблюдение внешних приличий (уважительный тон, отсутствие в лексиконе бранных и грубых слов), пропаганду здорового образа жизни на личном примере.

Обязанности медицинской сестры и младшего медицинского персонала ***Обязанности медицинской сестры отделения***

Медсестра должна знакомить с правилами внутреннего распорядка всех поступающих в отделение пациентов и их родственников.

Рабочее место палатной медицинской сестры – сестринский пост – рассчитано на каждые 25-30 коек и соответственно оборудовано (стол, телефон, средства, обеспечивающие связь с тяжелобольными, шкафы для хранения лекарств, медицинской документации, места для хранения предметов, с помощью которых медицинская сестра осуществляет антропометрию, и т.д.).

Пост медицинской сестры обычно располагается в коридоре отделения, палатная сестра работает непосредственно на посту, выполняя врачебные назначения, проводит уход за пациентами, в ее обязанности входит:

- общая оценка состояния больного (состояние сознания, положение в постели, антропометрия, также исследование пульса, подсчет ЧДД,

- измерение суточного диуреза с обязательной фиксацией полученных данных в соответствующую медицинскую документацию;
- контроль общего гигиенического состояния больного, осмотр на педикулез, контроль над личной гигиеной больного и чистотой в палатах, кварцевание палат;
 - ведение документации, направление, а при необходимости и сопровождение пациента на диагностические исследования по врачебным назначениям;
 - сбор биоматериала для анализов и контроль своевременного получения результатов лабораторных исследований;
 - ежедневный контроль соблюдения режима питания и правил внутреннего распорядка пациентами и посещения больных родственниками;
 - осуществление контроля над работой младшего медицинского персонала;
 - ежедневный контроль обеспечения поста медицинской сестры необходимыми лекарственными препаратами и предметами по уходу.

Систематическая оценка эффективности ухода требует от медсестры умения мыслить аналитически, сравнивая ожидаемые результаты с достигнутыми. Когда цель не достигнута, медсестра должна выяснить причину. При этом весь сестринский процесс повторяется заново в поисках допущенной ошибки. Результатом может быть:

- изменение самой цели (с тем, чтобы сделать ее достижимой);
- пересмотр сроков достижения целей;
- внесение необходимых изменений в план сестринской помощи.

Обязанности младшей медицинской сестры

Младшая медицинская сестра с целью создания благоприятных условий в палате строит свою работу в зависимости от распорядка дня.

К подъему больных, к 7 часам утра, младшая медсестра должна быть в отделении с инвентарем для утреннего туалета больных и уборки помещения, проветривает помещения, ослабленных и тяжелобольных умывает сама, выносит судна, меняет постельное белье, контролирует сбор биоматериала для лабораторных исследований, после завтрака приступает к уборке, к обходу врача в палате должно быть чисто.

После обеда младшая медсестра проводит влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств и проветривание. Во время тихого часа она должна следить, чтобы в отделении было тихо, запрещены громкие разговоры, в том числе и по телефону, хождение и хлопанье дверьми, все виды уборки. Сон больного человека не должен нарушаться, он позволяет ослабленному организму восстановить силы.

После ужина младшая медицинская сестра протирает пол влажной тряпкой, проветривает палату и помогает палатной медсестре с вечерними процедурами, такими как ставить клизмы, подмывать тяжелобольных, и т.д. После отхода больных ко сну младший медицинский персонал должен наблюдать за сном больных, особенно тяжелых и беспокойных пациентов.

Таким образом, **сестринский процесс** – необычайно гибкий, живой и динамичный процесс, обеспечивающий постоянный поиск ошибок в уходе за пациентом и систематическое внесение корректив в план сестринской помощи. В центре сестринского процесса – пациент как уникальная личность, активно сотрудничающая с медперсоналом.

Общая оценка состояния больного

Для общей оценки состояния больного необходимо определить следующие показатели:

- общее состояние больного;
- положение пациента в постели;
- состояние сознания больного;
- антропометрические показатели.

1. Общее состояние больного

Определяется следующими градациями: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, или предагональное, терминальное, или агональное, состояние клинической смерти. Степень тяжести определяется комплексом изменений функций жизненно важных внутренних органов и определяет показания к госпитализации, способ транспортировки больного, объем лечебных и диагностических мероприятий и предположительный исход заболевания.

2. Положение пациента в постели

Режим рациональной двигательной активности определяется как наличие индивидуального режима для пациента. Режим может быть строгим постельным, постельным, палатным (полупостельным) и общим.

Цели назначения режимов:

- ограничение активности больного;
- уменьшение болевого синдрома;
- дать возможность ослабевшему и истощенному больному собраться с силами и отдохнуть.

При строгом постельном режиме:

- не разрешается садиться, вставать, поворачиваться в постели самостоятельно;
- гигиенические процедуры, отправления осуществляются в постели;
- медсестра ухаживает за пациентом, кормит, проводит мероприятия по уходу.

При постельном режиме:

- разрешается поворачиваться и садиться в постели, но не покидать ее;
- кормление и гигиенические процедуры помогает пациенту выполнять младшая медицинская сестра.

При полупостельном режиме:

- разрешается передвигаться в пределах палаты, сидеть на стуле около кровати;
- питание осуществляется в палате;
- гигиенические процедуры пациент может осуществлять самостоятельно или с помощью медицинской сестры.

При общем режиме:

- пациент самостоятельно себя обслуживает;
- пациент осуществляет гигиенические процедуры самостоятельно;
- пациенту разрешается свободно ходить по палате, по коридору, в столовую;
- могут быть разрешены прогулки по территории стационара, согласно режиму отделения.

Состояние сознания больного

Различают следующие виды угнетения сознания (4) (по А.И. Коновалову): ясное, умеренное оглушение, глубокое оглушение, сопор и кома умеренная, глубокая и терминальная.

1. Ясное сознание – полная его сохранность, адекватная реакция на окружающую обстановку, полная ориентация.
2. Умеренное оглушение – сонливость умеренная, неполная дезориентация, замедленное выполнение команд.
3. Глубокое оглушение – сонливость глубокая, дезориентация, ограничение и затруднение речевого контакта, выполнение простых команд.
4. Сопор – глубокая стадия оглушения, почти полное отсутствие сознания, реакция на болевые и звуковые раздражители.
5. Умеренная кома - это бессознательное состояние, некоординированные защитные движения на болевые раздражители, отсутствие контроля над тазовыми функциями.

6. Глубокая кома - сознание отсутствует, нарушение мышечного тонуса, грубое нарушение дыхания, сердечно-сосудистая декомпенсация.
 7. Терминальная кома - состояние атонии, арефлексии, витальные функции поддерживаются аппаратами ИВЛ и сердечно-сосудистыми препаратами.
- Оценку глубины нарушения сознания можно проводить с помощью шкалы Глазго.

Антропометрические показатели

Антропометрия (4) – (греч. anthropos – человек, metreo – измерять) – оценка телосложения человека путем измерения ряда параметров: роста, массы тела, окружности грудной клетки.

Измерение роста производят при помощи ростомера, к вертикальной планке которого должны плотно прилегать затылок, позвоночник и пятки пациента. Планшетку опускают до соприкосновения с головой. Полученные данные заносят в специальную таблицу.

Определение массы тела производят при помощи рычажных медицинских весов (рис. 4 б). В настоящее время все большую распространенность приобретают электронные весы (с дискретностью 50-100 г).

Широко применяют расчет индекса массы тела (ИМТ) по следующей формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / (\text{рост (м)} \times \text{рост (м)}).$$

ИМТ более 30 свидетельствует об ожирении, менее 18 – о дефиците массы тела.

Определение окружности грудной клетки

Используется сантиметровая лента, необходимо измерять на уровне нижних углов лопаток - сзади, спереди - на уровне 4 ребра над молочными железами у женщин и на уровне сосков у мужчин

Типы телосложения

Конституция (4) – это совокупность функциональных и морфологических особенностей человека, закрепленных наследственно и определяющих специфичность реакций всего организма на воздействие окружающей среды.

Санитарно-эпидемиологический режим терапевтического отделения

Важнейшим условием предотвращения внутрибольничной инфекции, предупреждения размножения патогенных микроорганизмов является обязательное выполнение требований по поддержанию санитарно-эпидемиологического режима в терапевтическом отделении.

Лечебно-охранительный режим – это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального

физического и психологического комфорта пациентов и медицинского персонала.

В соответствии с приказом, лечебно-охранительный режим в медицинской организации (МО) включает:

- режим эмоциональной безопасности;
- правила внутреннего распорядка и выполнения медицинских манипуляций;
- режим рациональной двигательной активности.

Медсестра должна знакомить с правилами внутреннего распорядка всех поступающих в отделение пациентов и их родственников.

Безопасная больничная среда – это среда, обеспечивающая пациенту условия безопасности и удобства, которые позволяют ему эффективно удовлетворять все жизненно важные потребности.

Внутрибольничная (нозокомиальная, госпитальная) инфекция – заболевание, которое развивается у пациента во время его пребывания в лечебном учреждении через 48 часов после поступления или через 48 часов после его выписки, а также у медицинских работников, занимающихся в стационаре лечением и уходом за пациентами.

В условиях МО могут развиваться такие инфекционные заболевания, как корь, скарлатина, краснуха, гнойно-септические, вирусные, кишечные инфекции, и др.

Источниками внутрибольничной инфекции являются медицинский персонал, сами пациенты, а также инструментарий, особенно опасны изделия из резины, например, дренажные трубки, катетеры. Группы риска: пациенты с хроническими заболеваниями, больные пожилого возраста, также пациенты с ослабленным иммунитетом.

Основные правила профилактики внутрибольничной инфекции:

- своевременное и правильное использование защитной одежды (маска, защитные очки и щитки, перчатки, фартук и т.д.);
- обработка рук медицинского персонала;
- правильная санитарно-гигиеническая обработка в приемном отделении, в т.ч. осмотр на педикулез, термометрия и т.д.
- адекватная дезинфекция предметов медицинского назначения;
- выявление пациентов с подозрением на инфекционное заболевание.

Режим инфекционной безопасности достигается путем:

- *дезинфекции* – уничтожения болезнетворных бактерий;
- *стерилизации* – уничтожения всех видов и форм бактерий и вирусов, включая споры.

Дезинфекция – (от лат. de – приставка, означающая прекращение, устранение, infectio - инфекция) – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных микроорганизмов, являющихся возбудителями

инфекционных заболеваний и разрушение токсинов на объектах внешней среды. Является одним из видов обеззараживания. Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования.

Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом, или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

4. Практическая часть:

Задание 1. Работа в качестве помощника младшего медицинского персонала приемного отделения.

5. Вопросы для собеседования:

1. Как относятся между собой понятия «уход» и «лечение»?
2. Что означает понятие «специальный уход»?
3. Кто должен осуществлять уход за больным?
4. Что изучает медицинская деонтология?
5. Что представляет собой диспансеризация?
6. Что входит в обязанности старшей медсестры отделения?
7. Какие манипуляции проводят в процедурном кабинете?
8. Какие медицинские документы ведут палатные медицинские сестры?
9. Какие дезинфицирующие растворы используют для влажной уборки?

6. Тестовые задания

1. В России трансплантация может проводится без согласия донора, если донор:

- 1) особо опасный преступник, осужденный на пожизненное заключение
- 2) гражданин иностранного государства
- 3) гражданин страны, находящейся в состоянии войны с Россией
- 4) психически неполноценный
- 5) донор — умерший человек, причем ни он, ни его родственники не протестовали против использования его органов

2. При выявлении наследственного заболевания у развивающегося плода судьбу этого плода (продолжение беременности или аборт) в праве решать:

- 1) только врачи-профессионалы

- 2) только родители
- 3) только мать
- 4) религиозные объединения
- 5) государственные органы здравоохранения

3. Вмешательство в геном человека может быть осуществлено во всех перечисленных целях, кроме:

- 1) изменения генома половых клеток
- 2) профилактических целей
- 3) диагностических целей
- 4) терапевтических целей

4. Участие врача в пытках и телесных наказаниях заключенных и использование для этой цели своих знаний может быть оправдано:

- 1) интересами развивающейся науки
- 2) интересами сообщества в получении необходимой информации
- 3) наказанием за совершенные преступления
- 4) запрещено в любых условиях

5. Врачу следует информировать пациента о форме медицинского вмешательства во всех случаях, кроме тех, когда:

- 1) пациент либо несовершеннолетний, либо умственно отсталый, либо его заболевание “блокирует” сознание
- 2) это решение определяется финансовой выгодой
- 3) пациент не обладает медицинским образованием, позволяющим уяснить всю сложность заболевания
- 4) несогласие пациента может повлечь за собой ухудшение его здоровья
- 5) во всех перечисленных случаях

6. Главной целью профессиональной деятельности врача является:

- 1) спасение и сохранение жизни человека
- 2) социальное доверие к профессии врача
- 3) уважение коллег
- 4) материальная выгода

7. Основным отличительным признаком профессиональной этики врача является:

- 1) право на отклоняющееся поведение
- 2) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
- 3) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм

- 4) безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным
- 5) приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного

8. Правильным определением этики как науки является:

- 1) этика - наука об отношении живых существ между собой
- 2) этика - наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и нравственных принципов
- 3) этика - наука о минимизировании зла в человеческих отношениях
- 4) этика - наука об умении правильно себя вести в обществе

9. Нравственность – это понятие, определяющее:

- 1) совокупность субъективных реакций и форм поведения человека
- 2) склонность к добру и способность стойко переносить тяготы и лишения повседневной жизни
- 3) часть философии
- 4) отклассифицированные культурой нравы
- 5) культурно-исторический феномен, заключающийся в способности человека оказывать помощь другому человеку

10. Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:

- 1) возрастом (количество прожитых лет)
- 2) психической и физической полноценностью
- 3) расовой и национальной принадлежностью
- 4) финансовой состоятельностью
- 5) уникальностью и неповторимостью личности

11. В гиппократовской модели биомедицинской этики основным принципом является:

- 1) не навреди
- 2) не убий
- 3) приоритет интересов науки
- 4) принцип автономии личности

12. Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

- 1) исполняй долг
- 2) не прелюбодействуй
- 3) храни врачебную тайну
- 4) помоги коллеге
- 5) принцип невмешательства

13. Использование реанимационного оборудования для пациента, находящегося в критическом состоянии, является:

- 1) злоупотреблением терапевтическими средствами
- 2) реализацией принципа ” борьбы за человеческую жизнь до конца”
- 3) признаком низкой квалификации специалиста
- 4) отсутствием у врача нравственного чувства и этической культуры
- 5) обязательным при наличии у пациента страхового полиса

14. Вспомогательные репродуктивные технологии запрещается использовать:

а) в целях выбора пола будущего ребенка; б) для предотвращения наследования тяжелого заболевания, сцепленного с полом; в) в целях продолжения рода лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

- 1) а
- 2) б
- 3) в
- 4) а, в

15. Генетическое прогностическое тестирование обнаруживает:

- 1) генетическую предрасположенность или восприимчивость к какой-либо болезни
- 2) социальную опасность человека
- 3) творческую или деловую несостоятельность личности

Ответы на тестовые задания:

1 – 5

2 – 2

3 – 1

4 – 4

5 – 1

6 – 1

7 – 2

8 – 2

9 – 1

10 – 5

11 – 1

12 – 1

13 – 2

14 – 4

15 – 1

7. Рекомендуемая литература:

1. Петрова Н.Г. Общий уход за пациентами. - СПб: СпецЛит, 2013. - 240 с.
2. Корсаков С.А. Медицина и право. ihfo@med-pravo.ru. 2008.
3. Информация по реабилитации инвалида: советы по уходу. www.aupam.ru. 2016.
4. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 464 с.
5. Шишкин А.Н., Слепых Л.А. Уход за больными в терапевтической клинике. - СПб: ЛитРес, 2003. — 64 с.
6. Справочник по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, С.И. Рапопорта. 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агенство, 2011. - 472 с.
7. Калион Г.В. Лекции для медицинских учебных заведений: анестезиология и реаниматология. www.medlecture.ru, 2012.
8. Ивашкин В.Т., Шевченко В.П. Питание при болезнях органов пищеварения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 352 с.
9. Энциклопедия врача. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения. www.idoctor.info.ru, 2016.
10. Терминальные состояния. www.nedug.ru, 2012. (по материалам книги Неговского В.А. Очерки по реаниматологии.)
11. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными. – М.: Букинист, 2014. – 288 с.
12. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний. - М: Мастерство, 2002. - 256 с.
13. Двуреченская В.М. Подготовка пациента к исследованиям. - Ростов: Феникс, 2002. - 160 с.
14. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. – М.: Медицина, 1999. – 288 с.