



Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет  
Навчально-науковий медичний інститут

**5774 Методичні вказівки**  
до практичних занять  
на тему **«Організація роботи медичної сестри  
приймального відділення. Організація роботи  
та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі»**  
з курсу **«Сестринська практика в хірургії»**  
для здобувачів *медичних ЗВО*  
очної форми здобуття вищої освіти

Суми  
Сумський державний університет  
2024

Методичні вказівки до практичних занять на тему «Організація роботи медичної сестри приймального відділення. Організація роботи та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі» з курсу «Сестринська практика в хірургії» / укладач О. В. Кравець. – Суми : Сумський державний університет, 2024. – 43 с.

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фтизіатрії  
Навчально-наукового медичного інституту

## ЗМІСТ

	С.
1 Значення, мета та особливості загального догляду за хірургічними хворими. Етика та деонтологія в догляді за хворими .....	4
2 Організація роботи медичної сестри приймального відділення .....	9
3 Організація роботи та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі .....	30
Список використаної літератури .....	40

# 1 ЗНАЧЕННЯ, МЕТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ. ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В ДОГЛЯДІ ЗА ХВОРИМИ

*Догляд за хворими* (від грец. *hypurgia* – обслуговувати) – комплекс заходів, спрямованих на створення умов сприятливого перебування хворих у стаціонарі, полегшення їх загального стану, а також задоволення основних потреб організму.

**Мета** – забезпечення якнайшвидшого одужання хворого, збереження та зміцнення його здоров'я.

Поняття «догляд» та «лікування» нерозривно пов'язані між собою і є невід'ємною частиною лікувального процесу. Загальний догляд передбачає створення для хворого спокійної атмосфери, забезпечення задовільних побутових та гігієнічних умов у палатах (створення оптимального температурного режиму, достатнє освітлення, провітрювання, регулярна зміна натільної й постільної білизни та ін.). Обсяг заходів із догляду за хворими безпосередньо залежить від їх загального стану, тяжкості захворювання, призначеного режиму.

Догляд за хворими має також профілактичну мету, будучи важливою ланкою в комплексі заходів щодо попередження розвитку деяких захворювань і післяопераційних ускладнень.

Догляд за хворими поділяють на **загальний** і **спеціальний**.

**Загальний догляд** – комплекс заходів догляду, які надають усім хворим незалежно від характеру захворювання.

До загальних заходів належать:

- а) гігієна хворого, а також предметів туалету, посуду, одягу та ін.;
- б) годування хворого;
- в) спостереження за станом хворого та інформування лікаря про його зміни;
- г) правильне й своєчасне виконання лікарських

призначень;

д) гігієнічні заходи, які проводять у палаті.

**Спеціальний догляд** – комплекс заходів, спрямованих на створення умов для хворих, які перебувають на лікуванні в спеціалізованих відділеннях (хірургічному, урологічному, травматологічному та ін.). У таких відділеннях здійснюють обстеження, підготовку хворих до оперативних втручань, догляд у післяопераційному періоді.

**Хірургічний догляд.** Поняття «догляд за хірургічним хворим» досить широке. Воно передбачає низку заходів, спрямованих на надання допомоги хворому за звичайних станів (заходи особистої гігієни, вживання їжі, сечовипускання, дефекація, зміна постільної й натільної білизни) та у випадках патологічних змін (нудота, блювання, розлади дихання та ін.). Догляд за хірургічними хворими має свої особливості (операційна травма, знеболювання) та залежить від тяжкості захворювання, віку хворого, обсягу оперативного втручання, ускладнень.

Дуже важливим у догляді за хворими в хірургічному відділенні є створення максимального фізичного та психічного спокою. Основні принципи лікувально-охоронного режиму: тиша в палатах, спокійне й доброзичливе ставлення медичного персоналу, усунення чинників, що травмують психіку хворого, забезпечення ліками та приймання їх за призначенням лікаря, дієтичне харчування.

Догляд за хворими здійснюють молодший медичний персонал, який не має спеціальної медичної освіти, і медичні сестри із середньою медичною освітою. Медичний персонал, який доглядає за хворими, повинен мати відповідні навички, розуміти сенс та роль загального догляду в лікувальному процесі, знати техніку, місце й час проведення лікувальних процедур, утримувати своє робоче місце в належному гігієнічному та функціональному станах.

Догляд за хворими передбачає вміння виконувати різні медичні процедури, чесне та милосердне ставлення до хворих, бути високопрофесійним і деонтологічно витриманим.

**Медицина етика** (грец. *ethice* – вивчення моральності, моралі) – сукупність принципів моралі та гуманізму в практичній діяльності медичних працівників. Вона передбачає встановлення норм моральної поведінки медичного персоналу, ставлення до хворого, його родичів.

**Деонтологія** (від грец. *deontos* – належне, *logos* – вчення) – комплекс етичних норм і принципів поведінки медичного персоналу під час здійснення своєї професійної діяльності. Деонтологія – частина медичної етики, що відображає моральні вимоги й визначає поведінку медичного персоналу в стосунках із хворими та колегами. Вивчення медичної етики й деонтології є важливою умовою професійної підготовки медичного персоналу.

Питання етики в стосунках персоналу та хворого багатогранні. Їх потрібно вирішувати з урахуванням особливостей хвороби, її перебігу та характеру хворого.

Важлива функція медичних працівників – створення у хворого оптимістичного настрою, віри в якнайшвидше одужання, здійснювана за допомогою гарного догляду та чуйного ставлення до хворого. Особливу увагу щодо цього питання приділяють роботі молодшого та середнього медичного персоналу. Зовнішній вигляд і поведінка медичної сестри повинні відповідати санітарним вимогам. Охайність, добре та чуйне ставлення до хворих, готовність надати їм допомогу й переконати у сприятливому результаті лікування – важлива частина її професійних обов'язків. Взаємовідносини медичного персоналу у відділенні повинні характеризуватися повагою.

Медицина сестра повинна звертатися до хворого лише на ім'я та по батькові. Ввічливе ставлення до хворого, якого госпіталізують до стаціонару, сприяє формуванню довіри, взаємної поваги та встановленню позитивного контакту. Під час розмови з хворим медичний персонал повинен суворо стежити за її змістом, інтонацією, мімікою, жестикуляцією. Особлива обережність необхідна в разі спроб хворих дізнатися свій діагноз, про перебіг захворювання, можливі ускладнення тощо. У таких ситуаціях медицина сестра повинна дати хворому

спокійну відповідь із рекомендацією звертатися з такими питаннями до лікаря.

Під час виконання хворому лікувально-діагностичних процедур або маніпуляцій медичний персонал не повинен розмовляти на відверті теми. Потрібно пам'ятати, що в такому разі хворий може це розцінити як прояв неуваги до нього. Також у присутності хворого неприпустиме обговорення питань перебігу його хвороби, можливих ускладнень тощо. Хворий може неадекватно оцінювати почуте. Подібні необережні розмови медичних працівників у присутності хворого можуть зумовити виникнення в нього ятрогенних захворювань.

Високий професіоналізм, тактовність, виконання етичних норм поведінки медичного персоналу мають велике значення.

Інформацію про стан і поведінку хворого лікар одержує від медичної сестри впродовж однієї доби, а не лише під час ранкового обходу. Іноді навіть незначні зміни в стані хворого можуть свідчити про необхідність проведення екстреного оперативного втручання. Зважаючи на це, рівень знань і відповідальності медичної сестри хірургічного відділення повинен бути особливо високим. Молоді, малодосвідчені медичні сестри зобов'язані повідомляти про будь-які зміни стану хворого лікарю та не соромитися просити поради в більш досвідчених колег.

Без призначень лікаря медична сестра ніколи не повинна лікувати пацієнта. Помилки середнього медичного персоналу під час оцінювання змін стану хворого можуть призвести до тяжких ускладнень або навіть летального кінця.

**Лікарська таємниця.** Медичний персонал не може розголошувати відомості про хворобу, сімейне та особисте життя хворого, що стали відомими під час виконання своїх професійних обов'язків. Не можна згадувати прізвище хворого у наукових статтях, демонструвати фотографії хворого, не маючи на те його згоди. Однак необхідно негайно інформувати санітарні органи про випадки інфекційних і венеричних захворювань, слідчі органи – про вбивства, травми, поранення.

### **Контрольні питання**

- 1 Дайте визначення поняття «медична етика».
- 2 Дайте визначення поняття «деонтологія».
- 3 Якою повинна бути поведінка молодшого й середнього медичного персоналу, додержання етичних норм?
- 4 Дайте визначення поняття «лікарська таємниця»?
- 5 Яким повинні бути взаємовідносини в медичних працівників?
- 6 Яких правил поведінки повинен дотримуватися медичний персонал у спілкуванні з хворими та між собою?
- 7 Чи має право медична сестра давати хворому рекомендації щодо його лікування?
- 8 У яких випадках можна надавати інформацію про хворого без його дозволу?
- 9 Які є види догляду за хворим?
- 10 Хто здійснює догляд за хворим у хірургічному стаціонарі?



## 2 ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ

**Приймальне відділення** сучасного лікувального закладу є важливим підрозділом, який виконує лікувально-діагностичну функцію. Обстеження та лікування хворого починаються саме тут. Робота медичного персоналу приймального відділення має свої особливості. І від того, наскільки професійно та організовано персонал виконує функціональні обов'язки, залежить успіх подальшого лікування хворого, а в низці екстрених випадків – і його життя.

Відділення розміщують залежно від планування лікарні. Існує два типи приймальних відділень – централізовані та децентралізовані. Централізоване відділення створюють у разі, якщо всі відділення лікарні зосереджені в одній будівлі, децентралізований тип приймального відділення, – якщо в кожному лікувальному корпусі є окреме приймальне відділення.

### *Функції приймального відділення:*

- 1 Приймання та реєстрація хворих, які звернулися за допомогою або доставлені бригадою швидкої допомоги.
- 2 Первинний огляд хворих, виконання лабораторних та інструментальних методів діагностики.
- 3 Надання різних видів невідкладної медичної допомоги (зокрема, проведення реанімаційних заходів).
- 4 Сортування хворих та визначення відділення для госпіталізації.
- 5 Проведення санітарно-гігієнічного оброблення хворих.
- 6 Оформлення облікової медичної документації.
- 7 Транспортування хворих до лікувальних відділень.
- 8 Повідомлення правоохоронних органів про суїцидальні випадки, дорожньо-транспортні та кримінальні травми, а також про осіб, доставлених у непритомному стані без документів.
- 9 Інформаційно-довідкова робота.

### **Вимоги до розміщення та структури приймального відділення**

- 1 Приймальне відділення розміщують на першому поверсі корпусу поблизу в'їзду на територію лікувального закладу.
- 2 До відділення облаштовують зручні під'їзні шляхи з твердим покриттям. Під'їзд не повинен бути розміщеним під вікнами палат.
- 3 Вхід повинен бути широким, здійснюватися через тамбур. Над входом розміщують світловий покажчик.
- 4 У безпосередній близькості до відділення повинні бути розміщені ліфти для транспортування хворих до лікувальних відділень.
- 5 Поверхня стін приміщень та кабінетів повинна бути гладкою, без дефектів, покритою вологостійкими матеріалами, що легко піддається обробленню мийними та дезінфекційними засобами.
- 6 Покриття підлоги повинне бути стійким до механічної дії, щільно прилягати до основи. Стики стін і підлоги повинні бути закругленими, герметичними.
- 7 Конструкції й матеріали підвісної стелі також повинні бути герметичними, забезпечувати можливість прибирання, очищення та дезінфекції.

Приміщення приймального відділення поділяють на дві групи: **лікувально-діагностичні та допоміжні**. Лікувально-діагностичними приміщеннями є оглядовий кабінет, санпропускник, діагностичні палати, процедурний кабінет, мала операційна (перев'язувальна), рентгенологічний та ендоскопічний кабінети, кабінет ультразвукової діагностики, лабораторія, кабінети чергової медичної сестри, чергового лікаря, завідувача приймального відділення.

До допоміжних приміщень належать зал очікування, ванна кімната, туалет, приміщення для зберігання одягу госпіталізованих хворих.

**Зал очікування (вестибюль)** – приміщення, де хворий та його родичі або особи, які супроводжують, очікують прийому.

Тут повинні бути створені умови для зручного доступу та комфортного перебування людей (гардероб, достатня кількість стільців, крісел та каталок для транспортування хворих). Колір стін повинен бути спокійних відтінків. На спеціальних стендах розміщують інформацію про правила внутрішнього розпорядку в лікарні, де зазначені години, в які можна відвідувати хворих, номери телефонів для довідок, списки госпіталізованих хворих і дозволених продуктів харчування, іншу поточну інформацію.

**Оглядовий кабінет** призначений для огляду хворих лікарем. У цьому кабінеті медична сестра вимірює хворим температуру тіла, артеріальний тиск, проводить антропометричні дослідження, огляд зіва та інше. Кабінет оснащують кушеткою, покритою клейонкою, письмовим столом та стільцями, умивальником для миття рук. Для проведення обстежень необхідно мати в наявності ростомір, ваги медичні, термометри, шпатель, тонометр, фонендоскоп. Освітлення повинне бути природним або здійснюватися за допомогою ламп денного світла.

**Санпропускник** призначений для проведення санітарного оброблення хворих, приймання їх одягу та речей на зберігання, видачі лікарняного одягу. Згідно із санітарними нормативами санпропускник повинен мати роздягальню, туалет, ванно-душову кімнату та кімнату, де хворі перевдягаються. Санпропускник оснащують кушетками, шафами для чистої білизни та ємностями для брудної білизни. Окремо зберігають предмети для санітарного оброблення: клейонки, мило, мочалки, машинки для стриження волосся, бритви, ножиці, а також засоби й речовини для прибирання та дезінфекції приміщень санпропускника.

**Діагностичну палату (бокс)** використовують для тимчасового розміщення хворих у випадках, коли виникають труднощі щодо встановлення діагнозу. Впродовж 24 годин хворий перебуває під наглядом, йому проводять необхідні лікувально-діагностичні заходи, після цього уточнюють діагноз і визначають подальшу тактику обстеження та лікування.

**Процедурний кабінет** призначений для введення

лікарських препаратів, виконання лікувально-діагностичних процедур. В окремих випадках тут надають невідкладну допомогу. Кабінет оснащують кушеткою, столом, стільцями, умивальником, пересувним маніпуляційним столиком, шафою зі шприцами, системами для інфузій, протишоковими розчинами, аналгетиками, спазмолітиками та іншими лікарськими засобами. Обов'язково повинен бути в наявності бікс зі стерильним перев'язувальним матеріалом та стерильний пінцет для роботи з ним, а також одноразові шлункові зонди, сечові катетери та наконечники для клізм.

**Мала операційна (перев'язувальна)** необхідна для виконання невеликих операцій (ПХО рани, розтин невеликих гнояків), перев'язувань, вправлення вивихів, репозиції нескладних переломів та їх іммобілізації.

**Кабінет чергової медсестри** приймального відділення призначений для реєстрації хворих, яких госпіталізують до стаціонару, та оформлення документації. Кабінет оснащують письмовим столом, стільцями, журналами, бланками медичних документів.

**Обов'язки медичної сестри приймального відділення:**

- 1) приймання та реєстрація хворих;
- 2) огляд хворих на предмет інфекційних захворювань (педикульоз, короста та ін.);
- 3) надання медичної допомоги в разі невідкладних станів;
- 4) виконання маніпуляцій, призначених лікарем;
- 5) організація збирання аналізів крові, сечі та їх доставлення до лабораторії;
- 6) проведення санітарно-гігієнічного оброблення хворих;
- 7) дезінфекція предметів медичного призначення;
- 8) ведення медичної документації;
- 9) забезпечення всіх видів транспортування хворих до лікувальних відділень лікарні.

**Способи доставлення та звернення хворих до приймального відділення:**

- 1) доставлення автомобілем швидкої медичної допомоги (у випадках травм, гострих захворювань і загострення хронічних захворювань);
- 2) за направленням сімейного лікаря;
- 3) за переведенням або направленням з інших лікувальних закладів;
- 4) хворий може звернутися самостійно.

Виділяють два види госпіталізації хворих: *планову* та *екстрену*.

**Планова госпіталізація** передбачає надання медичної допомоги в лікарні, якщо стан здоров'я не загрожує життю хворого, проте йому потрібні обстеження й лікування під наглядом лікаря. Направлення на планову госпіталізацію видає сімейний лікар або лікар-хірург поліклініки. Хворих, госпіталізованих у плановому порядку, обстежує лікар, який направив їх на стаціонарне лікування.

**Екстрена госпіталізація** необхідна для надання невідкладної допомоги, якщо існує загроза життю й здоров'ю хворого. Показаннями є гострі стани або загострення хронічних захворювань, травми. Медичну допомогу таким хворим потрібно надавати негайно.

Усім госпіталізованим до хірургічного стаціонару в ургентному порядку в приймальному відділенні проводять загальний аналіз крові та сечі, визначення рівня цукру крові, а також роблять рентгенографію органів грудної клітки, електрокардіограму. Інші дослідження проводять за конкретними показаннями.

У разі доставлення хворого в тяжкому стані медична сестра приймального відділення (за необхідності) повинна надати хворому першу медичну допомогу, запросити лікаря та кваліфіковано виконати всі його призначення.

Після огляду хворого лікар приймає рішення про необхідність його госпіталізації. У разі госпіталізації медична

сестра проводить реєстрацію хворого та оформлює медичну документацію.

Якщо хворий доставлений до приймального відділення без свідомості й не має документів, то медична сестра після огляду хворого лікарем та визначення подальшого плану лікування і відділення госпіталізації повідомляє про нього в поліцію. Необхідно описати прикмети хворого (стать, приблизний вік, зріст, статуру), зазначити, в що він був одягнений. У медичній документації хворого зазначають як «невідомого» до з'ясування його особи.

### ***Основна медична документація приймального відділення:***

- 1) медична карта стаціонарного хворого (ф. 003-у);
- 2) журнал реєстрації госпіталізованих хворих (ф. 001-у);
- 3) журнал відмов від госпіталізації;
- 4) журнал реєстрації амбулаторних хворих (ф. 074-у);
- 5) екстрене повідомлення про інфекційне захворювання до санітарно-епідеміологічної станції (ф. 058/о).

#### *Медична карта стаціонарного хворого (ф. 003-у).*

Медична сестра оформлює титульний аркуш медичної карти, заповнює паспортну частину (прізвище, ім'я, по батькові хворого, дата народження, домашня адреса, місце роботи), записує, хто направив, попередній діагноз, відділення госпіталізації, дату та час госпіталізації. За наявності у хворого в анамнезі вірусного гепатиту або ознак педикульозу на титульному аркуші роблять позначку. Хворий розписується про те, що він ознайомлений із правилами розпорядку в стаціонарі та зобов'язується їх виконувати.

*Журнал реєстрації госпіталізованих хворих (ф. 001-у)* призначений для реєстрації хворих, яких госпіталізують до стаціонару. Відомості про всіх госпіталізованих медична сестра заносить до журналу, де зазначає прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, дату госпіталізації та назву відділення, куди направлений хворий.

*Журнал відмов від госпіталізації.* У журнал записують паспортні дані хворого, його місце проживання, місце роботи й посаду, час і дату звернення, вид звернення, встановлений діагноз. До окремої графи вносять відомості про надану медичну допомогу (медична допомога, направлення до іншого лікувального закладу, відсутність показань до госпіталізації) та причину відмови від госпіталізації. У разі відмови хворого від госпіталізації він ставить свій підпис.

*Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів (ф. 074-у).* До журналу вносять основні відомості про хворих, яким у приймальному відділенні була надана амбулаторна допомога, зазначають її обсяг і рекомендації щодо подальшого лікування.

*Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання до санітарно-епідеміологічної станції (ф. 058/о).* Всі виявлені випадки інфекційних і паразитарних захворювань передають до органів санітарно-епідеміологічного нагляду. Повідомлення необхідно подати не пізніше ніж через дві години після виявлення випадку. Його заповнюють у двох примірниках.

### ***Санітарно-гігієнічне оброблення хворих***

Після встановлення діагнозу хворих направляють на санітарно-гігієнічне оброблення. Виняток становлять особи в тяжкому стані, яких доставляють до реанімації або палати інтенсивної терапії без проведення санітарно-гігієнічного оброблення.

Санітарно-гігієнічне оброблення проводять у санпропускнику приймального відділення. Хворого роздягають, оглядають та готують до санітарно-гігієнічного оброблення. Цінні речі та гроші здають старшій медичній сестрі для зберігання в сейфі.

Якщо у хворого виявлене інфекційне або паразитарне захворювання, його білизну поміщають у бак із дезінфекційним розчином і відправляють у дезкамеру для спеціального оброблення. На мішках із таким одягом роблять позначку.

*Етапи санітарно-гігієнічного оброблення хворих:*

- 1) огляд шкірних покривів та волосся;
- 2) миття під душем або гігієнічна ванна;
- 3) підстригання волосся і нігтів, гоління (за необхідності).

Мета огляду шкірних покривів і волосся – виявлення педикульозу, корости та інших інфекційних захворювань.

**Педикульоз** (від лат. «pediculum» – воша) – ураження шкірних та волосяних покривів людини внаслідок паразитування на тілі вошей. Воші впродовж свого життя перебувають на тілі людини й харчуються кров'ю. Комахи проходять у своєму розвитку три стадії: *яйце-гнида, личинка й статевозріла воша*.

*Яйце (гнида)* має довгасту форму (1,0–1,5 мм), жовтувато-білий колір, приклеєна до волосся.

*Личинка* сірувато-коричневого кольору, пересувається за допомогою трьох пар лапок із кігтиками, що дозволяє їм міцно триматися на волоссі або тканинах.

*Статевозрілі воші* мають сіро-коричневе забарвлення, пересуваються за допомогою трьох пар лапок, самки більші за самців.

*Платтяна воша* живе в білизні людини, одязі, постільній білизні, панчохах, взутті. Для кровосмокання платтяні воші переходять на шкіру. Для відкладання яєць скупчуються в теплих місцях – складках, швах.

*Головна воша* паразитує на волосяній частині голови, але може траплятися на тілі, одязі, білизні. Самка відкладає яйця на волоссі.

*Лобкова воша* найчастіше живе на волоссі лобка, міцно утримуючись на шкірі, малорухлива.

Поширюються воші, переповзаючи з однієї людини на іншу за безпосереднього контакту та в разі користування спільними речами: одягом, головними уборами, гребінцями та ін. Тому необхідно уважно оглядати не лише хворого, а й його одяг та білизну.



### ***Ознаки педикульозу:***

- наявність гнид і статевозрілих комах;
- свербіж шкірних покривів;
- сліди розчісування та гнійні кірки на шкірі.

У разі виявлення педикульозу медична сестра проводить спеціальне санітарно-гігієнічне оброблення хворого, робить запис у журналі огляду на педикульоз і ставить на титульному аркуші медичної карти стаціонарного хворого спеціальну позначку. Потім повідомляє про виявлені випадки до органів санітарно-епідеміологічного нагляду. Усі дані про проведене оброблення госпіталізованого хворого вносять до історії хвороби, для того щоб палатна медична сестра через 5–7 днів провела повторне оброблення.

### ***Оброблення хворого в разі виявлення головних вошей***

Етапи санітарно-гігієнічного оброблення:

- 1) дезінсекція (знищення вошей);
- 2) гігієнічна ванна (душ, обтирання);
- 3) підстригання волосся (за необхідності);
- 4) перевдягання хворого в чисту білизну.

Як інсектицидні розчини застосовують 20 % розчин емульсії бензилбензоату, спеціальні розчини (Педилін, Локодин, Дезоцид), аерозолі (Пара плюс), лосьйони (Нігтіфор).

### ***Порядок виконання процедури***

- 1 Медична сестра одягає захисний одяг.
- 2 Табурет або кушетку застеляють клейонкою і саджають хворого. Його плечі накривають поліетиленовою пелюшкою.
- 3 Обробляють волосся одним із протипедикульозних розчинів, потім зав'язують поліетиленовою косинкою й зверху – рушником, залишивши на певний час, що залежить від виду застосовуваного розчину (20–40 хв).
- 4 Застосування інсектицидних засобів протипоказане вагітним, жінкам, які годують груддю, дітям до п'яти років, а також за

наявності захворювань шкіри голови.

- 5 Розв'язують косинку на голові та промивають волосся теплою проточною водою, потім – шампунем.
- 6 Витирають волосся рушником і потім обробляють підігрітим 5 % розчином оцту.
- 7 На 30 хвилин зав'язують голову косинкою з рушником, після цього її промивають теплою проточною водою та висушують рушником.
- 8 Густим гребінцем ретельно вичісують волосся хворого над білим папером, проводячи уважний огляд волосся в кінці процедури.

У разі якщо волосся можна збрить, його збивають машинкою або бритвою, потім зону гоління обмивають теплим мильним розчином, висушують. Зістрижене волосся збирають і спалюють у металевому тазу.

Одяг хворого і захисний одяг медичної сестри збирають у спеціальний непроникний мішок та відправляють у дезінфекційну камеру.

### *Санітарно-гігієнічне оброблення хворих у разі виявлення лобкових вошей*

- 1 Тіло хворого миють гарячою водою з милом.
- 2 Уражене волосся збивають.
- 3 Повторно обмивають тіло хворого гарячою водою з милом.
- 4 Поголене волосся спалюють у тазу.
- 5 Одяг хворого та захисний одяг медичної сестри поміщають у спеціальний мішок і відправляють у дезінфекційну камеру.

**Короста** (від лат. scabies) – паразитарне захворювання шкірних покривів, спричинене коростяними кліщами.

Запліднена самка кліща формує в роговому шарі шкіри хід, у якому відкладає яйця. Через 2–4 дні вилуплюються личинки, які перетворюються на дорослу особину. Кліщ є заразним на всіх стадіях розвитку, проте частіше захворювання передається із заплідненими дорослими самками. У денний час

кліщі активності не проявляють. Самка починає «рити» хід вночі. Вона виходить на поверхню шкіри для спарювання і переміщення на інші ділянки тіла, що створює умови для зараження, яке можливе під час прямого контакту з хворим або через його предмети. За межами організму людини коростяний кліщ живе 3–5 діб. Кліщ гине за температури вище 50 °С, тому кип'ятіння білизни чи прасування вбиває його.

Основний симптом захворювання – свербіж (переважно ввечері та вночі). Інший характерний симптом – наявність коростяних ходів. Вони являють собою ланцюжок лінійно розміщених дрібних міхурців і вузликів рожевого кольору, кров'янистих кірочок та розчісувань. Коростяні ходи виявляють через декілька днів після зараження. Типова локалізація: шкіра міжпальцевих проміжків, зап'ясток, пахвові западини, сідниці, поперек.

### ***Оброблення хворих на коросту***

Незалежно від обраного препарату та методики його застосування для успішного лікування корости необхідно дотримуватися таких правил:

- протикоростяним засобом потрібно обробляти всю поверхню тіла (за винятком шкіри голови), а не лише уражені ділянки;
- лікування проводити у вечірній час, зважаючи на нічну активність збудника;
- суворо дотримуватися призначеної методики лікування;
- митися й проводити змїну натільної та постільної білизни до лікування і після його закінчення.

Великого поширення останніми роками набув розчин бензилбензоату, застосовуваний у вигляді 20 % водно-мильної суспензії. Препаратом обробляють весь шкірний покрив (крім голови). Втирання проводять у певній послідовності: починають із втирання в шкіру обох кистей, потім – у ліву та праву верхні кінцівки, далі – у шкіру тулуба і, нарешті, – у шкіру нижніх кінцівок. Після кожного оброблення хворий змінює натільну й постільну білизну. Брудна білизна після прання підлягає

термообробленню.

Модифікований метод лікування бензилбензоатом полягає в одноразовому втиранні 20 % водно-мильної емульсії препарату в 1-й та на 4-й дні курсу лікування. Зміну натільної й постільної білизни проводять двічі: після першого та другого втирань препарату. Хворий не миється впродовж наступних трьох днів. У кисті рук препарат втирають повторно після кожного миття. Через три дні хворий миється гарячою водою й знову змінює білизну.

Високоєфективними та безпечними сучасними протикоростяними засобами є аерозоль «Спрегаль» і крем (емульсія) «Ліндан».

Під час оброблення спрегалем увечері хворий обприскує всю шкіру (крім голови та обличчя) із відстані 20–30 см, ретельно обробляючи всі ділянки тіла. Через 12 годин необхідно помитися з милом. Зазвичай достатньо одноразового застосування препарату. В разі довготривалого захворювання на коросту шкірні покриви обробляють один раз на добу впродовж двох днів.

Ліндан є хлорорганічним інсектицидом, без кольору та запаху. Три дні поспіль увечері втирають у шкіру від шиї до кінчиків пальців стоп 1 % крем (емульсію). Перед лікуванням та щодня через 12–24 години після оброблення необхідно приймати теплий душ.

### ***Гігієнічне оброблення хворого***

Залежно від характеру захворювання й стану хворого гігієнічне оброблення може бути *повним* (ванна, душ) або *частковим* (обтирання, обмивання).

### ***Гігієнічна ванна***

Перед проведенням процедури ванну потрібно вимити гарячою водою з милом, потім продезінфікувати, після цього змити дезінфекційний розчин. Безпосередньо перед прийняттям ванни її наповнюють водою. Спочатку наливають холодну, потім – гарячу воду. Це роблять для уникнення утворення парів.

Ванну заповнюють на дві третини. Температура води повинна бути в межах 34–36 °С.

У ніжний кінець ванни встановлюють дерев'яну підставку для опори ніг. Поряд із ванною кладуть гумовий килимок. Температура повітря у ванній кімнаті повинна становити не менше ніж 25 °С.

Хворого роздягають, допомагають йому сісти у ванну. Потім надають хворому такого положення, щоб вода доходила до верхньої третини його грудей. Якщо хворий не може митися самостійно, йому повинна допомогти медична сестра, використовуючи мило й мочалку. Миття проводять у такій послідовності: голова – тулуб – руки – пахова ділянка – промежина – ноги. Особливу увагу приділяють місцям скупчення поту. Закінчивши процедуру, хворому допомагають вийти з ванни, потім його витирають сухим рушником та переодягають у чистий одяг. Під час прийняття ванни медична сестра стежить за станом хворого. Тривалість прийняття ванни становить 15–30 хвилин. Ванну миють щіткою з мийним засобом та обробляють дезінфекційним розчином.

Протипоказаннями до прийняття ванни є тяжкі серцево-судинні захворювання, порушення мозкового кровообігу, туберкульоз легень в активній фазі, шкірні захворювання, кровотечі. Крім того, гігієнічну ванну заборонено приймати особам із захворюваннями, що потребують невідкладного хірургічного втручання.

У разі наявності протипоказань для прийняття ванни хворого спочатку обтирають рушником, змоченим теплим мильним водним розчином (за необхідності додають оцет або спирт), а потім – рушником, змоченим чистою теплою водою, і витирають насухо.

### *Гігієнічний душ*

Відкривають воду, що має температуру 35–42 °С. Хворому допомагають роздягнутися й, підтримуючи під лікті, саджають на табурет у душовій кабіні. Якщо хворий не може митися самостійно, його миє медична сестра, використовуючи

мило й мочалку. Послідовність миття: голова – тулуб – верхні кінцівки – пахова ділянка – промежина – нижні кінцівки. Закінчивши процедуру, допомагають хворому вийти з душової, потім витирають його рушником та одягають у чистий лікарняний одяг. Підлогу в душовій кабіні миють щіткою з мийним засобом, після цього обробляють дезінфекційним розчином.

### ***Підстригання волосся***

Кушетку або табуретку застеляють клейонкою, саджають на неї хворого. Його плечі накривають клейонкою. Волосся зістригають машинкою для стриження волосся. У разі педикульозу волосся зістригають над тазом. Потім його збирають та спалюють. Ножиці й машинку обробляють етиловим спиртом.

### ***Гоління хворого***

Серветку змочують у воді, підігрітій до температури 40–45 °С, віджимають та накладають на обличчя хворого. Через декілька хвилин її знімають і наносять крем для гоління. Хворого голять, натягуючи рукою шкіру в напрямку, протилежному руху бритви. У кінці процедури обличчя промокають вологою, а потім сухою серветкою. Бритву обробляють 70 % етиловим спиртом.

### ***Підстригання нігтів***

Для підстригання нігтів пальців рук у лоток із теплою водою додають рідке мило та опускають у нього на п'ять хвилин кисті хворого. Пальці по черзі витягують із води, насухо витирають й акуратно зрізають нігті. Потім обробляють руки кремом.

Для підстригання нігтів нижніх кінцівок у таз із теплою водою додають рідке мило, потім опускають у нього на п'ять хвилин стопи хворого. Стопи витягують по черзі підстригання нігтів. Спочатку кладуть стопу на рушник, потім витирають її й підстригають нігті. Обробляють стопи кремом. Ножиці

дезінфікують спиртом.

### ***Антропометричні дослідження***

Антропометрія – дослідження фізичного розвитку людини: визначення зросту, маси тіла, окружності грудної клітки.

*Зріст* хворого вимірюють за допомогою ростоміра. Хворого встановлюють спиною до стійки, щоб він торкався її п'ятами, сідницями, лопатками й потилицею. Коліна розігнуті, п'ятки прилягають одна до одної. Голова повинна бути в такому положенні, щоб вухо й око перебували на одному горизонтальному рівні. Планшетку опускають на голову і за шкалою визначають мітку, що відображає зріст хворого.

*Окружність грудної клітки* вимірюють сантиметровою стрічкою. Накладають так, щоб ззаду вона проходила під кутами лопаток, а спереду – на рівні IV ребра. Руки хворого повинні бути опущеними, дихання – спокійним. Вимірювання проводять під час видиху та на висоті максимального вдиху. Різниця між цими вимірами дорівнює дихальній екскурсії грудної клітки.

*Для визначення ваги* використовують відрегульовані десяткові або електронні медичні ваги. Дослідження проводять у нижній білизні, натщесерце, після сечовипускання й випорожнення. Перед зважуванням пацієнта попереджають про те, що на ваги необхідно ставати обережно, стояти посередині та не рухатися під час проведення дослідження.

### ***Вимірювання температури тіла в пахвовій западині***

Перед проведенням вимірювання температури тіла необхідно оглянути пахвову западину та витерти її насухо від поту для попередження отримання неточних показань. Термометр витягують із ємності з дезінфекційним розчином, обполіскують під проточною водою й витирають насухо.

Потім термометр струшують так, щоб ртутний стовпчик опустився до позначки 35 °С, і розміщують в пахвовій ямці таким чином, щоб ртутний резервуар з усіх боків дотикався до тіла й не зміщувався впродовж усього часу вимірювання. Між

тіло й термометр не повинна потрапляти білизна. Плече хворого щільно притискають до грудної клітки. Ослабленим хворим під час дослідження притримують руку. Вимірювання проводять упродовж десяти хвилин. Потім термометр витягують та фіксують його показання. Після використання термометр поміщають в ємність із дезінфекційним розчином.

### **Дослідження пульсу**

Пульсом називають поштовхоподібні коливання стінок артерій, спричинені рухом крові, яку викидає серце під час кожного скорочення лівого шлуночка.

Найчастіше проводять дослідження пульсу на променевої артерії, яка добре пальпується між сухожилком внутрішнього променевого м'яза та шилоподібним відростком променевої кістки. Якщо на променевій артерії пульс дослідити неможливо, то для цього використовують сонну, скроневу, плечову, стегнову, підколінну та інші артерії.

Під час дослідження пульсу на променевій артерії охоплюють ділянку променезап'ясткового суглоба хворого так, щоб великий палець був розміщений на тильному боці передпліччя, а решта пальців – над артерією. Рука хворого повинна перебувати в зручному напівзігнутому положенні, що виключає напруження м'язів. Відчувши пульсацію артерії, її притискають до внутрішньої поверхні променевої кістки, що полегшує визначення властивостей пульсу. Підрахунок пульсових ударів проводять не менше ніж за тридцять секунд.

У окремих випадках пульс визначають на загальній сонній артерії. Вказівний палець руки прикладають над верхівкою легені, паралельно ключиці, й дистальною фалангою обережно притискають сонну артерію до зовнішнього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза. Також загальну сонну артерію можна пропальпувати біля внутрішнього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза на рівні перснеподібного хряща. Пальпацію сонних артерій необхідно проводити обережно.

У процесі дослідження оцінюють такі властивості пульсу: *ритм, частоту, напруженість, наповнення, величину.*



*Ритм.* Визначають за інтервалами між пульсовими хвилями. Якщо пульсові коливання стінки артерії йдуть одне за одним через однакові проміжки часу, то це свідчить про правильний ритм або ритмічний пульс. У разі порушень ритму спостерігається неправильне чергування пульсових хвиль – аритмічний пульс.

*Частота пульсу.* У спокої в здорової людини частота пульсу становить 60–80 ударів за одну хвилину. У разі збільшення кількості серцевих скорочень пульс частішає, зменшення – навпаки.

*Напруженість пульсу* визначають за силою, з якою потрібно притиснути променеву артерію для припинення її пульсових коливань. Якщо артерія здавлюється за помірного зусилля, то це свідчить про пульс помірного напруження. Коли артерію стиснути важче – пульс називають напруженим. Якщо артерія стискається легко – пульс м'який.

*Наповнення пульсу* характеризується наповненням артерії кров'ю та залежить від величини серцевого викиду. Якщо серцевий викид нормальний – пульс повний. За недостатності кровообігу, великої крововтрати наповнення пульсу зменшується. Такий пульс називають порожнім.

*Величина пульсу* залежить від напруження та наповнення. Іноді величина пульсових хвиль може бути настільки незначною, що її визначення становить труднощі – ниткоподібний пульс.

### ***Вимірювання артеріального тиску***

Артеріальний тиск вимірюють за допомогою тонометра та фонендоскопа в спокійній комфортній обстановці за кімнатної температури. Хворий повинен перебувати в сидячому або лежачому положенні, не розмовляти під час дослідження. Йому забороняється стежити за процесом вимірювання. Руку оголюють, потім кладуть на стіл долонею вгору, під лікоть підкладають валик. На плече на 2–3 см вище від ліктьового згину накладають манжету й закріплюють її так, щоб між шкірою та манжетою проходив один палець. У ліктьовій ямці

визначають пульсацію ліктьової артерії і в цьому місці розміщують мембрану фонендоскопа.

Закривають клапан на груші й поступово нагнітають у манжету повітря, поки тиск у ній за показаннями манометра не перевищить на 20–30 мм рт. ст. рівня, за якого перестає визначатися пульсація артерії. Потім повільно відкривають клапан, випускаючи повітря з манжети. Швидкість опускання стрілки на датчику за одну секунду – 2–3 поділки. Одночасно за допомогою фонендоскопа вислуховують тони на ліктьовій артерії та стежать за показаннями на шкалі манометра. Рівень (цифра) тиску, за якого з'являється перший удар, відповідає систолічному тиску. Рівень тиску, за якого зникають удари, відповідає діастолічному тиску. Вимірювання артеріального тиску потрібно проводити на обох руках по черзі. Через п'ять хвилин дослідження рекомендують повторити. Оптимальним є артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст.

Після проведення санітарного оброблення, дослідження пульсу, вимірювання артеріального тиску та антропометрії хворих у супроводі медичного персоналу направляють до хірургічного відділення.

### ***Транспортування хворого з приймального відділення до стаціонару***

Медична сестра згідно з призначеннями лікаря приймального відділення здійснює транспортування хворих до відділень стаціонару та діагностичних кабінетів. Вид транспортування залежить від тяжкості стану хворого й може бути трьох видів:

- 1) пішки – планові хворі, хворі в задовільному стані;
- 2) у кріслі-каталиці – хворі в стані середньої тяжкості;
- 3) на каталиці – тяжкі хворі.

Під час пересування хворого пішки його в обов'язковому порядку повинна супроводжувати медична сестра.

### ***Транспортування в кріслі-каталці***

Проводить один медичний працівник. Для цього хворого, підтримуючи під спину, саджають у крісло-каталку та надають йому зручного положення (напівлежачи або сидячи), регулюючи спинку крісла. Руки хворого розташовують на підлокітниках, стежачи, щоб вони не зміщувалися під час транспортування. Потім хворого вкривають простирадлом або ковдрою. Закінчивши транспортування, медична сестра допомагає хворому пересісти на ліжко в палаті.

### ***Транспортування на каталці***

Проводять два медичні працівники. Каталки, на яких проводять транспортування хворих, повинні бути оснащені обшитими клейонкою матрацами й застеленими простирадлом. Каталку застеляють ковдрою так, щоб її половина залишалася вільною (якщо в приміщеннях тепло – досить одного простирадла). Зверху ковдру накривають простирадлом і кладуть подушку в клейончастій наволочці, поверх якої одягнена матер'яна наволочка. Кожному хворому застеляють чисту білизну, яку після закінчення транспортування поміщають у мішок для брудної білизни й замінюють на нову.

Потім розміщують каталку під прямим кутом кінцевою частиною до головного кінця ліжка. Для переміщення хворого з ліжка на каталку потрібно три медичних працівники. Перша медична сестра підводить руки під шию й верхню частину тулуба хворого, друга – під поперек, третя – під стегна та гомілки. Хворого піднімають, повертаються з ним на 90° і вкладають на каталку. Потім вкривають хворого вільним кінцем ковдри. Одна медична сестра розташовується попереду каталки, інша – позаду, обличчям до хворого. Транспортування проводять головним кінцем каталки вперед.

### ***Дезінфекція медичного інвентарю в приймальному відділенні***

Після огляду кожного хворого клейонку на кушетці двічі протирають ганчіркою, змоченою 3 % розчином перекису водню

з 0,5 % мийним синтетичним засобом або 1 % розчином хлораміну.

Термометри на 30 хвилин занурюють у контейнер із 0,5 % розчином хлораміну, потім промивають водою.

Металеві шпателі стерилізують кип'ятінням упродовж 30 хвилин у 2 % розчині гідрокарбонату натрію.

Ванни перед використанням протирають спеціальною мочалкою, змоченою одним із дезінфекційних засобів або дворазово протирають 0,5 % розчином хлораміну.

### **Контрольні питання**

- 1 Функції приймального відділення.
- 2 Які є типи приймального відділення?
- 3 Які кабінети має приймальне відділення?
- 4 Перелічіть функції оглядового кабінету.
- 5 Назвіть функції та оснащення діагностичної палати.
- 6 Які функції та оснащення процедурного кабінету?
- 7 Які функції малої операційної?
- 8 Перелічіть обов'язки медичної сестри приймального відділення.
- 9 Назвіть способи доставлення та звернення хворих до приймального відділення.
- 10 Види госпіталізації хворих.
- 11 Що таке планова госпіталізація?
- 12 Що таке екстрена госпіталізація?
- 13 Які є методи та засоби доставлення хворих до відділення?
- 14 Яку документацію ведуть у приймальному відділенні?
- 15 Назвіть етапи санітарно-гігієнічного оброблення хворих у приймальному відділенні.
- 16 Перелічіть ознаки педикульозу.
- 17 Порядок процедури санітарно-гігієнічного оброблення хворих на педикульоз.
- 18 Перелічіть етапи санітарного оброблення хворого в разі педикульозу.
- 19 Що таке короста?
- 20 Перелічіть основні симптоми корости.

- 21 Назвіть типову локалізацію коростяних ходів.
- 22 Які є методи та засоби санітарно-гігієнічного оброблення хворих на коросту?
- 23 Назвіть види гігієнічного оброблення хворих.
- 24 Правила проведення гігієнічної ванни.
- 25 Правила проведення гігієнічного душу.
- 26 Правила підстригання волосся хворому.
- 27 Як правильно поголити хворого?
- 28 Правила підстригання нігтів хворому.
- 29 Які антропометричні дослідження проводять хворому у приймальному відділенні?
- 30 Як виміряти температуру тіла у пахвовій западині?
- 31 Правила вимірювання артеріального тиску.
- 32 Дослідження пульсу.
- 33 Основні характеристики пульсу.
- 34 Дезінфекція інвентарю в приймальному відділенні.
- 35 Правила прибирання приміщень та кабінетів приймального відділення.
- 36 Види транспортування хворих із приймального відділення до стаціонару.
- 37 Як правильно транспортувати хворого в кріслі-каталці?
- 38 Як правильно транспортувати хворого на каталці?

### **3 ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТА САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИЙ РЕЖИМ У ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ**

Хірургічне відділення – це складний лікувально-діагностичний комплекс, функціонування якого регламентується санітарно-гігієнічними нормами.

Відповідно до загальноприйнятих стандартів до структури хірургічного відділення входять палати, перев'язувальні, маніпуляційний кабінет, операційні, а в сучасних лікарнях – операційний блок. Відділення складається з двох окремих частин – чистої та гнійної, кожна з яких має свої окремі палати та перев'язувальний кабінет.

Основним завданням санітарно-гігієнічного режиму хірургічного відділення є виключення негативного впливу факторів лікарняного середовища на хворих і персонал із метою забезпечення повного гігієнічного, соматичного та психічного комфорту для хворих, а для персоналу – оптимальних умов праці.

Санітарно-гігієнічний режим передбачає не лише додержання норм місткості лікарняних палат, забезпечення оптимального мікроклімату, бактеріологічного й хімічного складу повітряного середовища, режиму вентиляції та освітлення приміщень, а й постачання доброякісної питної води, своєчасне повне видалення та знезараження відходів, забезпечення хворих раціональним збалансованим харчуванням, прибирання приміщень, прання та заміну білизни, додержання правил особистої гігієни і т. ін.

Відповідно до загальноприйнятих гігієнічних нормативів на кожного хворого повинно припадати не менше ніж  $25 \text{ м}^3$  повітря. Площа в палаті на одне ліжко повинна бути не меншою ніж  $7 \text{ м}^2$  за висоти приміщення 3,5 м. Максимальна кількість ліжок у палаті повинна становити не більше ніж 5–6. По можливості вікна палат повинні бути орієнтовані на південь або

південний схід. Температурний режим повинен коливатися в межах 18–20 °С. З метою підтримання постійної температури й забезпечення чистоти повітря палати необхідно регулярно провітрювати (2–3 рази на день). Палати повинні бути обладнані найнеобхіднішими меблями: ліжками, тумбочками, шафою для білизни й сміттевим баком. Зазвичай ліжка розставляють паралельно зовнішній стіні з вікнами так, щоб відстань між ліжками була не меншою ніж 1 м для вільного доступу до хворого, що полегшує їх огляд, перекладання, а також виконання процедур.

Потрібно враховувати й специфіку лікарняних меблів. Вони повинні бути зручними, не заважати медичному персоналу доглядати за хворими, легко пересуватися, бути зручними для прибирання, не псуватися від миття та вологої дезінфекції. Відповідальною за санітарний стан палат є медична сестра.

Персонал, який доглядає за хворими, повинен бути гігієнічно освіченим, здоровим та охайним. Щоб уникнути поширення внутрішньолікарняної інфекції, кожен з учасників догляду за хворими повинен добре знати правила гігієни в межах своїх функціональних обов'язків, оскільки сам може стати посередником у передаванні інфекції. Персонал регулярно перевіряють і в разі наявності хвороби або бактеріоносійства не допускають до роботи, поки він не буде оздоровлений.

Усі медичні сестри перед роботою переодягаються в лікарняну форму в спеціальних окремих приміщеннях. Персоналу заборонено виконувати свої функціональні обов'язки у взутті та одязі, якими він користується поза лікарнею. Одяг медичної сестри чи санітарки повинен бути охайним: халат і шапочки чисті, випрасувані; волосся заховане під косинку або шапочку; взуття м'яке та чисте. Манікюр та прикраси на руках (пальцях) заборонені. Нігті повинні бути коротко підстрижені. Працювати дозволяється лише в гумових рукавичках. Додержання медичним персоналом особистої гігієни є важливим фактором запобігання внутрішньогоспітальній інфекції.

Палатна медична сестра згідно з посадовою інструкцією

підпорядковується завідувачу відділення, лікареві-ординатору й старшій медичній сестрі відділення.

Відповідно старша медична сестра відділення підпорядковується завідувачу відділення лікарні. Вона керує роботою медичних сестер і санітарок відділення, організовує складання палатними медичними сестрами вимог на лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, інструменти та предмети догляду за хворими, підписує їх, контролює правильність обліку й зберігання медикаментів. Крім того, вона наглядає за санітарним станом відділення, харчуванням хворих та ін. До функцій старшої медичної сестри входять заходи з підвищення кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу відділення. У тяжких випадках вона допомагає палатним медичним сестрам.

### ***Обов'язки медичної сестри***

- 1 Догляд за хворими.
- 2 Спостереження за санітарним станом палат.
- 3 Виконання призначень лікаря.
- 4 Вимірювання температури тіла, пульсу, артеріального тиску, частоти дихання, діурезу.
- 5 Спостереження за додержанням хворими правил особистої гігієни, своєчасне надання хворим усього необхідного для їх догляду та лікування.
- 6 Надання невідкладної допомоги тяжкохворим.
- 7 Збирання матеріалу для аналізів, доставлення їх до лабораторії, своєчасне отримання результатів досліджень і вклеювання їх в історію хвороби.
- 8 Спостереження за додержанням хворими, молодшим медичним персоналом і відвідувачами встановлених правил внутрішнього розпорядку лікарні.
- 9 Складання порційних вимог і спостереження за тим, щоб хворі отримували призначену дієту.
- 10 Забезпечення утримання в справному стані медичного та господарського інвентарю.
- 11 Складання вимог на ліки, перев'язувальний матеріал і



предмети догляду за хворими.

- 12 Направлення й транспортування хворих до лікувальних і діагностичних кабінетів, своєчасне повернення з діагностичних кабінетів медичної документації.
- 13 Приймання хворих, яких госпіталізують до відділення, перевірка проведеного в приймальному відділенні санітарного оброблення, розміщення хворих у палатах.
- 14 Ознайомлення хворих із правилами внутрішнього розпорядку, режимом дня та правилами особистої гігієни.

### *Документація, яку веде медична сестра*

- 1 Медична карта стаціонарного хворого (паспортні дані, результати лабораторних досліджень, температурний листок, листок спостереження за тяжкохворим, дані про санітарне оброблення, записи про введення сильнодійних або наркотичних ліків).
- 2 Листок призначень.
- 3 Маніпуляційний журнал.
- 4 Вимога на дієтичне харчування хворих.
- 5 Зведення про рух хворих у відділенні.
- 6 Журнал передавання чергувань.
- 7 Журнал обліку сильнодійних і наркотичних речовин.
- 8 Журнал реєстрації щеплень проти правця, сказу тощо.
- 9 Журнал обліку генеральних прибирань у палатах.

Реєстрацію хворого, якого госпіталізують до хірургічного відділення, проводять у журналі руху хворих. До журналу заносять такі дані:

- 1) прізвище, ім'я, по батькові;
- 2) дату народження;
- 3) місце проживання;
- 4) професію та місце роботи;
- 5) дату і час госпіталізації до відділення;
- 6) діагноз під час госпіталізації;
- 7) дані про страхування, можливі пільги.

Особливу увагу приділяють протиепідемічному режиму хірургічного відділення, спрямованому на запобігання виникненню та поширенню внутрішньолікарняної інфекції.

За загальноприйнятим визначенням, інфекція – це стан зараження організму патогенними мікробами, за якого відбувається взаємодія між збудником захворювання та макроорганізмом у певних умовах зовнішнього й внутрішнього середовищ. Джерелом збудника інфекції може бути як хвора людина, так і бактеріоносій.

Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна, нозокоміальна) – будь-які клінічно виражені захворювання мікробного походження, що уражають хворого в результаті його госпіталізації або відвідування лікувального закладу з метою лікування, або після виписування з лікарні, а також лікарняний персонал унаслідок здійснення ним професійної діяльності. Інфекцію вважають внутрішньолікарняною, якщо вона вперше проявляється через 48 годин або більше після перебування в лікарні за умови відсутності клінічних проявів цих інфекцій на момент госпіталізації та виключення ймовірності інкубаційного періоду.

Існує декілька шляхів передавання внутрішньолікарняних інфекцій – аерозольний, контактний, фекально-оральний. Факторами передавання інфекції є повітря, руки, об'єкти оточуючого середовища, засоби гігієни, медичний інструментарій та інше.

Кожен співробітник під час працевлаштування в обов'язковому порядку проходить повний медичний огляд, інструктаж із проведення основних санітарно-протиепідемічних заходів. У випадках, якщо в медичного персоналу виявляють відкриті запальні процеси або ознаки нездужання, таких осіб негайно усувають від роботи до повного одужання, а в разі виявлення бактеріоносійства організовують санацію джерел інфекції. У разі виникнення внутрішньолікарняних інфекцій проводять позачерговий медичний огляд усього персоналу відділення та бактеріологічне обстеження на бактеріоносійство. Хворих, у яких виявлено внутрішньолікарняну інфекцію,

ізолюють в окремі палати й виділяють для них окремий персонал та предмети догляду.

Для контролю за додержанням протиепідемічного режиму в лікувальних закладах в обов'язковому порядку проводять постійний бактеріологічний контроль за станом повітряного середовища, поверхонь, медичного обладнання та, особливо, якості стерилізації й дезінфекції.

### ***Профілактика нозокоміальної інфекції в стаціонарі***

#### *Санітарно-гігієнічні заходи:*

- 1) режим провітрювання (вентиляція, кондиціонери, переносні очищувачі повітря);
- 2) прибирання приміщень (регулярність проведення, використання дезінфекційних засобів, дезінфекція прибирального інвентарю);
- 3) дезінфекція постільних речей (дезінфекційна камера);
- 4) одноразові комплекти.

#### *Розміщення хворих:*

- 1) додержання санітарних норм обладнання палат;
- 2) обладнання палат для хворих на ВІЛ/СНІД;
- 3) ізоляція хворих з інфекційними ускладненнями.

#### *Раціональна терапія:*

- 1) раціональна антибіотикотерапія;
- 2) обґрунтованість терапії.

#### *Санітарно-протиепідемічний режим:*

- 1) дезінфекція, передстерилізаційне оброблення та стерилізація інструментарію (централізовані стерилізаційні відділення);
- 2) безпечне харчування (контроль харчоблоку, пункту роздачі; раціональне зберігання продуктів);
- 3) контроль здоров'я медичного персоналу, госпіталізованих хворих.

### ***Правила виконання прибирання у відділенні***

Прибирання приміщень відділення проводять згідно із затвердженими нормативами МОЗ України. Прибирання повинне бути вологим, його потрібно проводити не рідше ніж

двічі на добу із застосуванням дезінфекційних розчинів: 0,5 % розчину хлорного вапна, 1 % розчину хлораміну та ін. Меблі протирають 0,2 % розчином хлорного вапна, панелі миють вологою ганчіркою один раз на 3 дні. Верхні частини стін, стелі, плафони очищають від пилу двічі на місяць. Для прибирання санітарних вузлів використовують 2,5 % розчин хлорного вапна, 1 % розчин хлораміну. Двері, віконні рами, підвіконня миють окремими ганчірками, прибиральний матеріал знезаражують 0,5 % розчином хлорного вапна або 1 % розчином хлораміну.

Особливу увагу приділяють роботі з дезінфекційними розчинами. Для попередження шкідливого впливу цих речовин на медичний персонал необхідно додержуватися запобіжних заходів: роботу виконують у халаті, гумових рукавичках, фартусі, захисних окулярах та респіраторі.

Дезінфекцію приміщень проводять за закритих кватирок та вікон, потім провітрюють кімнату впродовж двох-трьох годин і проводять вологе прибирання. Після виконання роботи спецодяг висушують, провітрюють і зберігають у спеціальній шафі. Перуть спецодяг один раз на тиждень у мильно-содовому розчині (50 г кальцинованої соди і 270 г мила на одне відро води).

Згідно із санітарними нормами генеральне прибирання палат проводять не рідше ніж один раз на місяць із ретельним миттям стін, підлоги, обладнання, протиранням меблів. Генеральне прибирання операційного блоку, перев'язувальних проводять не рідше ніж один раз на тиждень.

Приміщення з особливим режимом стерильності після прибирання опромінюють стаціонарними або пересувними бактерицидними лампами з розрахунку 1 Вт потужності на 1 м<sup>2</sup> приміщення.

Дезінфекцію повітря в приміщеннях хірургічного відділення проводять бактерицидними ультрафіолетовими лампами. Бактерицидні лампи можна використовувати для знезараження повітря приміщень, різних поверхонь (стіни, підлога, стеля), предметів, інструментарію. Знезараження повітря палат може проводитися і в присутності людей із

використанням екранованих бактерицидних ламп, які розміщують на висоті не менше ніж 2 м від підлоги. Бактерицидна лампа створює навколо себе «стерильну зону» діаметром 2–3 м. Лампи вмикають у палатах на 30 хвилин вранці та ввечері. Доцільне опромінення повітря в комбінації з провітрюванням. Таке поєднання знижує кількість мікроорганізмів у повітрі на 75–90 %.

Дезінфекція повітря в хірургічних відділеннях особливо важлива для клінічних установ, де присутня значна кількість людей, зокрема й студентів, що призводить до збільшення мікробного обмінення повітря, тому потрібно суворо контролювати потік хворих у відділенні, особливо жорстким повинен бути контроль за відвідувачами.

### ***Заміна натільної білизни***

За наявними нормативами натільну білизну змінюють один раз на 7–10 днів відразу після гігієнічної ванни або в міру необхідності після забруднення. Відповідає за зміну білизни сестра-хазяйка. Білизну збирають і здають до пральні.

У разі забруднення кров'ю чи іншими виділеннями білизну необхідно згорнути забрудненою поверхнею всередину й транспортувати в щільних клейончастих мішках до пральні. Сортувати білизну в палатах забороняється. В окремих випадках перед пранням білизна підлягає обробленню в дезінфекційній камері.

Кожний раз під час заміни білизни стежать, щоб простирadlo й сорочка хворого були добре розправленими, для того щоб уникнути утворення складок, які заважають спокійному сну хворих, а в тяжкохворих можуть сприяти утворенню пролежнів.

Особливої уваги потребує переодягання хворих із пошкодженими верхніми кінцівками: роздягання починають із здорової руки, а вдягання – з хворої. Це стосується й нижніх кінцівок.

### ***Зміна постільної білизни***

Застилання ліжка хворого є важливою процедурою, його здійснюють таким способом: зверху сітки кладуть матрац із наматрацником. Застеляють чисте простирадло, краї якого повинні бути підігнуті по всій довжині під матрац для попередження утворення складок.

У випадках із тяжкохворими (хворі з нетриманням сечі, калу та інше), якщо немає спеціального ліжка, для запобігання забрудненню матраца на наматрацник кладуть клейонку, прикріплюючи її або підгинаючи під матрац. Клейонку можна постелити на простирадло, накриваючи її пелюшкою.

Під голову хворого кладуть подушку. На подушку надягають наволочку. Хворому дають ковдру з підковдрою. Постіль повинна бути чистою, застелена без складок, перестилати її потрібно двічі на день – вранці та ввечері.

Вранці натільну й постільну білизну витрушують та провітрюють, матрац на цей час не застилають, щоб він також провітрився. Під час зміни постільної білизни тяжкохворому до нього потрібно проявляти велику обережність, щоб не завдати додаткового болю й страждань.

### ***Санітарно-протиепідемічний режим під час зміни білизни***

Якщо білизна забруднюється, її потрібно відразу ж змінити. Брудну постільну й натільну білизну поміщають у водонепроникний мішок. Брудну білизну не можна залишати в палаті на підлозі або в ємності, що не закривається кришкою. Мішок зав'язують і відносять до спеціальної окремої кімнати, призначеної для сортування білизни. Після виписування або смерті хворого матрац, ковдру, подушку здають у дезінфекційну камеру для проведення дезінфекції. Проводять гігієнічне прибирання палати із застосуванням дезінфекційного розчину. В кімнаті для сортування розсортовують брудну білизну, складають її у водонепроникні мішки. Мішки зав'язують і відправляють у пральню. Проводять гігієнічне прибирання приміщення сортувальної кімнати із застосуванням

дезінфекційного розчину. Всі ці заходи суворо регламентуються відповідними інструкціями, наказами та іншими нормативними документами й підлягають беззаперечному виконанню.

### **Контрольні питання**

- 1 Що входить до структури хірургічного відділення?
- 2 На які частини поділяють хірургічне відділення?
- 3 Назвіть основне завдання санітарно-гігієнічного режиму хірургічного відділення.
- 4 Що передбачає санітарно-гігієнічний режим у стаціонарі?
- 5 Хто є відповідальним за санітарно-гігієнічний режим у стаціонарі?
- 6 Для чого потрібен санітарно-гігієнічний режим у стаціонарі?
- 7 Перелічіть санітарно-гігієнічні вимоги до облаштування палат?
- 8 Назвіть обов'язки медичної сестри хірургічного відділення.
- 9 Яку документацію веде медична сестра?
- 10 Що таке внутрішньолікарняна інфекція?
- 11 Які шляхи передавання внутрішньолікарняних інфекцій?
- 12 Хто є основним джерелом внутрішньолікарняної інфекції?
- 13 Що передбачає профілактика нозокоміальної інфекції?
- 14 Які дії в разі виникнення внутрішньолікарняної інфекції?
- 15 Як проводять прибирання палат?
- 16 Як часто проводять прибирання палат?
- 17 Скільки разів потрібно проводити прибирання в хірургічному стаціонарі?
- 18 Що таке генеральне прибирання?
- 19 Як часто проводять генеральне прибирання?
- 20 Як проводять дезінфекцію повітря в хірургічному стаціонарі?
- 21 Як часто хворому змінюють натільну та постільну білизну?
- 22 Як змінюють постільну білизну тяжкохворому?
- 23 Як змінюють натільну білизну у хворих із переломами кінцівок?
- 24 Що роблять із брудною білизною?
- 25 Як змінюють постільну й натільну білизну, забруднену кров'ю?

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Догляд за хворими (практика) : підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III–IV рівнів акредитації. – 3-тє вид., виправл. / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко, Т. І. Фролова. – Київ : Медицина, 2015. – 488 с.
2. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова. – 3-тє вид., переробл. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 600 с.
3. Загальна хірургія / за ред. М. Д. Желіби, С. Д. Хімича. – Київ : ВСВ «Медицина», 2016. – 448 с.
4. Загальна хірургія : підруч. для студентів 3-х курсів вищ. навч. закл. мед. профілю III–IV рівнів акредитації / за ред. Я. С. Березницького та ін. – 2-ге вид. – Вінниця : Нова книга, 2020. – 342 с.
5. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I–III рівнів акредитації / за ред. В. І. Литвиненка. – Київ : Медицина, 2017. – 424 с.
6. Кіт О. М. Медсестринство в хірургії / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, Г. Т. Пустовойт. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 499 с.
7. Нетяженко В. З. Загальний та спеціальний догляд за хворими / В. З. Нетяженко, А. Г. Сьоміна, М. С. Присяжнюк. – Київ : Здоров'я, 1993. – 304 с.
8. Основи догляду за хірургічними хворими : навч.-метод. посіб. для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації / І. А. Шумейко, О. В. Лігоненко, І. О. Чорна та ін. – Полтава, 2015. – 160 с.
9. Смирнова З. М. Основи сестринської справи : посібник з медсестринського процесу / З. М. Смирнова, З. Б. Алтинбекова. – Київ : Здоров'я, 2002. – 285 с.



10. Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552 Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я».
11. Наказ МОЗ України від 30.04.2014 № 293 «Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я».
12. Наказ МОЗ України від 28.12.2015 № 905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації».
13. Наказ МОЗ України від 08.06.2015 № 325 «Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами».
14. Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами».
15. Наказ МОЗ України від 06.05.2021 № 882 «Про затвердження санітарно-протиепідемічних правил і норм використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ / закладів надання соціальних послуг / соціального захисту населення».
16. Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення».
17. Hinkle Janice L. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Philadelphia, United States Lippincott Williams and Wilkins, 2017. – 2352 p.
18. Patient Care (Practical Course): textbook. – 2nd edition / O. M. Kovalyova, V. M. Lisovyi, R. S. Shevchenko et al. – Київ, 2018. – 320 p.

19. Williams Linda S. Understanding Medical-Surgical Nursing / Linda S. Williams. Pennsylvania, United States. F. A. Davis Company, 2015. – 1472 p.

Електронне навчальне видання

**Методичні вказівки**  
до практичних занять  
на тему **«Організація роботи медичної сестри  
приймального відділення. Організація роботи  
та санітарно-гігієнічний режим у хірургічному стаціонарі»**  
з курсу **«Сестринська практика в хірургії»**  
для здобувачів *медичних ЗВО*  
очної форми здобуття вищої освіти

Відповідальний за випуск І. Д. Дужий  
Редакторка С. М. Симоненко  
Комп'ютерне верстання О. В. Кравця

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,50. Обл.-вид. арк. 2,73.

Видавець і виготовлювач  
Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.