

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

«Затверджено»  
на методичній нараді  
протокол № 10  
кафедри педіатрії №5  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_професор В.Д. Лукашук  
«\_05\_»\_січня\_\_ 2017р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ**

Навчальна дисципліна	Догляд за хворими
Модуль №	
Змістовний модуль №	1
Тема заняття №1	Особливості надання медичної допомоги в педіатрії. Особливості деонтології в роботі медичних працівників з дітьми та їх родичами. Принципи фахової субординації в системі педіатр-медична сестра-молодший медичний персонал. Медична документація.
Курс	2
Факультет	Збройних сил України

### 1.Актуальність теми.

Медична сестра відіграє важливу роль у наданні медичної допомоги дітям. З кожним роком її роль зростає у зв'язку з ускладненням методів діагностики та лікування з урахуванням світового досвіду. Професія медичної сестри потребує бездоганного виконання своїх обов'язків. У системі охорони здоров'я профілактика захворювань, догляд за дитиною, обстеження здорових та хворих дітей посідають важливе місце. Взаємовідносини медичних працівників з хворим, з його родичами, між собою, з суспільством повинні базуватися на деонтологічних принципах, які формувались століттями попередніми поколіннями лікарів. Знання цих принципів – одна з необхідних умов успішного лікування.

### 2. Конкретні цілі:

- Вміти трактувати основні поняття медичної деонтології та етики.
- Ознайомитися з нормами правової відповідальності молодого фахівця.
- Знати вимоги до медичного персоналу при роботі з дітьми.
- Проаналізувати фізіологічні та психологічні особливості дітей різного віку.
- Демонструвати володіння основними морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в педіатрії.
- З'ясувати функціональні обов'язки молодшого медичного персоналу у поліклініках та стаціонарах.

### 3. Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Основи психології. Основи педагогіки.	Аналізувати емоції пацієнта, міжособистісні стосунки, поведінку дітей.
2. Нормальна анатомія	Описувати будову органів та систем дитячого організму. З'ясувати значення деяких анатомічних особливостей дитячого організму при організації догляду за дітьми.
3. Нормальна фізіологія	Знати особливості функціонування органів та систем дитячого організму та організацію догляду в залежності від фізіологічних особливостей дитини.

### 4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Медична етика	Сукупність моральних критеріїв, якими керується медичний працівник у своїй роботі, спрямованої на виконання потреб суспільства і кожної людини по забезпеченню збереження і укріплення здоров'я або повернення його при хворобі .
Медична деонтологія	
Ятрогенія	

Лікарська помилка	<p>Сукупність етичних норм при виконанні медичним працівником своїх професійних обов'язків, а також принципів поведінки і психологічних норм спілкування зі здоровою або хворою людиною.</p> <p>Патологічні зміни в організмі людини, які виникли внаслідок діяльності лікаря, лікування.</p>
Лікарська таємниця	<p>Касирський І.А.: «В основе врачебных ошибок (их основной массы) лежит добросовестное заблуждение, однако имеется и такая категория, которая относится к профессиональным и профессионально-должностным правонарушениям». Об'єктивними причинами лікарських помилок є: недостатні відомості в медичній науці; пізня госпіталізація та тяжкість стану хворого; рідкісність деяких захворювань; хвороби без виразної симптоматики та не специфічність клінічної картини; відсутність можливості проведення спеціальних досліджень; неможливість отримання консультації спеціаліста. До суб'єктивних причин належать: недостатня кваліфікація лікаря; неповнота збору анамнезу; несвоєчасне або недостатнє обстеження хворого; переоцінка можливостей спеціальних методів обстеження; Абсолютизація діагнозу спеціаліста-консультанта; відсутність консультації, яка необхідна і можлива.</p> <p>Обов'язок медичного працівника не розголошувати відомостей про хворого, які отримані під час обстеження, лікування та спостереження; не виказувати вголос думку стосовно прогнозів хвороби та ефективності лікування; правильно зберігати медичну документацію.</p>

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Роль догляду в лікувальному процесі хворої дитини.
2. Що означає «медична етика»?
3. Що вивчає деонтологія, які задачі медичної деонтології?
4. Як будуються взаємовідносини медичних працівників в умовах дитячої лікарні?
5. Особливості етики взаємовідносин медичної сестри з батьками хворої дитини, основні правила спілкування з хворою дитиною.
6. Особливості організації догляду за хворою дитиною в залежності від віку.
7. Яких правил та принципів поведінки повинен дотримуватись медичний працівник?
8. Об'єктивні та суб'єктивні причини лікарської помилки.

9. Наведіть приклади ятрогенії.
10. Обов'язки медичної сестри.
11. Функціональні обов'язки медичної сестри відділення, її роль в догляді за хворою дитиною.

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

1. Робота в приймальному відділенні дитячої лікарні, розпитування хворої дитини та заповнення титульної сторінки історії хвороби.
2. Проведення бесід з хворими дітьми та їх батьками у відділеннях стаціонару.

#### **5. Організація змісту навчального матеріалу.**

**Основи етики в педіатрії.** Догляд за хворою дитиною є складовою частиною лікувального процесу і забезпечує не тільки високу ефективність комплексу терапевтичних заходів, але й повне одужання хворого. В стаціонарі догляд за хворою дитиною здійснюють медичні працівники та родичі хворого. Взаємовідносини лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу між собою, з хворою дитиною та її родичами повинні базуватися на етико-деонтологічних принципах.

Медична етика, що є складовою частиною етики, розглядає гуманістичні, етичні початки в діяльності медичних працівників. Слово "етика" відбулося від грецького *ethos* — звичай. Саме норми, правила і звичаї регулюють поведінку і взаємовідносини людей в суспільстві. На підставі цього сформульовані узагальнені поняття моралі для медичних працівників: обов'язок, честь, гідність, совість, щастя.

Принципи медичної етики повинні дотримуватися медиками в їх повсякденній діяльності.

Медична деонтологія (від греч. *deontos* — належне) — сукупність етичних норм і принципів поведінки медичних працівників при виконанні своїх професійних обов'язків. Вона входить в розділ медичної етики, оскільки остання охоплює більш широке коло питань

Деонтологія вивчає принципи поведінки медичного персоналу, що спрямовані на максимальне підвищення ефективності лікування, усунення несприятливих чинників в медичній діяльності і шкідливих наслідків неповноцінної медичної роботи.

Згідно Міжнародному кодексу лікарської деонтології, виділяють дві стратегічні вимоги до лікаря і середнього медичного працівника: 1) знання і 2) доброзичливе ставлення до людей.

**Взаємовідносини медичних працівників.** В умовах стаціонару взаємовідношення медичних працівників має особливе значення. Будь-яке порушення етики взаємовідносин медичних працівників, невиконання ними професійних обов'язків позначається на ефективності лікувального процесу. Неприпустимо з'ясування відносин між медичними працівниками будь-яких посад у присутності хворих дітей або їх родичів. Зауваження молодшому за посадою повинне бути зроблено тактовно. Необхідно дотримуватися субординації у відносинах між медичними працівниками, тобто підкорення молодшого за посадою працівника більш старшому: молодша медична сестра — постова медична сестра — процедурна сестра — старша медична сестра — лікар — завідувачий відділенням.

Дотримання етичних принципів і норм медичної деонтології є обов'язковим і не залежить від місця роботи і посади медичного працівника. В норму поведінки медичного працівника входить також дбайливе відношення до громадського надбаня, дружелюбність, колегіальність, дотримання дисципліни, сумлінне ставлення до праці. Потрібно проявляти стриманість і тактовність, бути взаємовічливими.

Дуже важливо вміти тримати себе серед хворих і колег, вміти вести бесіду відповідно обставинам. Кожен, хто працює в лікувально-профілактичному закладі повинен мати охайний вигляд, стежити за чистотою свого тіла, одягу, взуття, уникати прикрас, зайвої косметики.

Робочий одяг (халат, ковпак або косинка, змінне взуття) завжди повинен знаходитися в зразковій чистоті і порядку, бути встановленої форми, прийнятої в даній установі. Слід підтримувати в колективі лікувальної установи доброзичливість, єдність стилю і злагожденість в роботі, що допомагає забезпечувати високий рівень догляду і лікування дітей.

Лікарська таємниця. Медичний працівник не має права розголошувати відомості про хворого, отримані під час обстеження, лікування і спостереження. Не слід вголос виказувати думку про стан хворого, можливий прогноз захворювання, давати оцінку лікуванню, що застосовується тощо. Особливу значущість в збереженні лікарської таємниці має правильне зберігання медичної документації. Жоден з документів не повинен бути джерелом розголошення лікарської (медичної) таємниці.

Юридична відповідальність. Медичний персонал несе не тільки моральну відповідальність за охорону здоров'я хворих і виконання своїх обов'язків. Українським законодавством передбачено юридичну відповідальність лікарів і медичних сестер у наступних випадках: 1) недбале відношення до своїх обов'язків, що призвело за собою погіршення стану здоров'я хворого, розглядається як злочинна халатність; 2) порушення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних правил, якщо ці порушення спричинили або могли спричинити розповсюдження епідемічних і інших заразливих захворювань, розглядається як злочин проти здоров'я населення; 3) грубе порушення техніки маніпуляцій, що призвело за собою смерть хворого, розглядається як ненавмисне вбивство; 4) розкрадання лікарських препаратів і інвентарю розглядається як розкрадання державної або іншої власності; 5) розкрадання наркотичних анальгетиків розглядається як особливо небезпечний злочин; 6) ненадання хворому допомоги особою, зобов'язаною її надати, якщо в результаті цього наступили важкі наслідки (смерть, важкий стан), розглядається як кримінальний злочин.

**Функціональні обов'язки медичних сестер педіатричного стаціонару.** В лікарнях існує двоступінчата (лікар, медична сестра) і тріступінчата (лікар, медична сестра, молодша медична сестра) система обслуговування хворих. З 1968 р. в дитячих лікарнях замість санітарки введена посада молодшої медичної сестри (медична сестра по догляду). При двоступінчатій системі медична сестра не тільки виконує призначення лікаря і проводить процедури, але і забезпечує догляд за хворими. При тріступінчатій системі молодша медична сестра проводить прибирання приміщень, стежить за своєчасною зміною білизни, чистотою предметів догляду, допомагає хворим і доглядає них.

Молодша медична сестра виконує наступні обов'язки:

- вологе прибирання палат, кабінетів, операційних, коридорів, місць загального користування;
- зміна натільної і постільної білизни;
- санітарна обробка хворих;
- щоденний туалет, догляд за шкірою, волоссям, вушними раковинами, очима, порожниною рота хворих і т.і.;
- подача судна, його дезінфекція;
- профілактика пролежнів;
- сповивання і підмивання дітей;
- контроль за санітарним станом тумбочок біля ліжка.

Підготовка молодших медичних сестер здійснюється безпосередньо в лікарнях.

Медична сестра— представник середньої медичної ланки. Це помічник лікаря в лікувально-профілактичних, дитячих дошкільних і шкільних установах.

Обов'язки медичної сестри різноманітні і вимагають серйозних професійних навиків. Медична сестра ретельно і неухильно, за розпорядженням лікуючого лікаря, виконує всі призначення, а в екстрених випадках — призначення чергового лікаря. Вона зобов'язана слідкувати щоб дитина прийняла призначені йому лікарські засоби, а при необхідності — допомогти. Одночасно медична сестра здійснює догляд за хворими. Вона стежить за санітарним

станом закріплених за нею палат, робить необхідні записи в медичних картах стаціонарних хворих про виконання лікувальних і гігієнічних призначень.

Медична сестра присутня на лікарському обході хворих, повідомляє лікарю відомості про стан здоров'я дітей, отримує подальші вказівки по догляду за хворим та виконує їх. В обов'язку медичної сестри входять вимірювання температури тіла хворого і її реєстрація в температурному листі медичної карти стаціонарного хворого, підрахунок пульсу, частоти дихання, визначення артеріального тиску, маси тіла і ін. За призначенням лікаря медична сестра (за допомогою молодшої медичної сестри) вимірює добову кількість сечі і харкотиння.

Медична сестра спостерігає за чистотою, тишею і порядком в палатах; навчає дітей та їх батьків правилам особистої гігієни; піклується про своєчасне постачання хворих на все необхідне для лікування і догляду, проводить гігієнічні ванни, стежить за зміною натільної і постільної білизни, бере участь в санітарно-освітній роботі.

За призначенням лікаря медична сестра збирає матеріали для аналізів (сеча, кал, харкотиння і ін.), доставляє їх в лабораторію, отримує результати досліджень і підклеює бланки відповідей в медичні карти стаціонарних хворих. Стежить за точним виконанням хворими, а також молодшим медичним персоналом і відвідувачами встановлених правил внутрішнього розпорядку лікарні, здійснює транспортування хворих (на дослідження і т.і.). В обов'язку медичної сестри входить контроль за лікувальним харчуванням, а при необхідності і особиста участь в роздачі їжі, годуванні тяжкохворих і дітей молодшого віку; контроль за передачами хворих і їх правильним зберіганням.

Медична сестра відповідає за зразкове утримання сестринського поста, справний стан медичного і господарського інвентаря; дотримує правила зберігання лікарських засобів; складає вимоги на лікарські засоби, перев'язувальні матеріали і предмети догляду за дітьми; супроводжує дітей (за призначенням лікаря) на рентгенологічні, ендоскопічні, радіологічні і інші дослідження; стежить за своєчасним поверненням медичних карт стаціонарних хворих від спеціалістів, вносить в них результати досліджень. Складає порційні вимоги на харчування хворих відповідно до призначень і передає їх на харчоблок.

За призначенням завідуючого відділенням або лікуючого лікаря медична сестра викликає для консультації фахівців з інших відділень, замовляє машину для перевезення дитини до іншої лікувально-профілактичної установи.

Медична сестра приймає у відділення дітей, що тільки поступили, проводить огляд шкіри і волосистої частини голови дитини для виключення інфекційних захворювань і педікульозу, розміщує хворих дітей у відповідні палати, докладає про хворих, що поступили, лікарю. В її обов'язку входить ознайомлення дітей, що поступили у лікарню, з правилами внутрішнього розпорядку, режимом дня і правилами особистої гігієни.

Організація роботи дільничної медичної сестри на педіатричній ділянці.

В роботі дільничної медичної сестри виділяються наступні розділи:

- профілактична
- лікувальна
- організаційна.

Профілактична робота. Боротьба за здорову дитину починається задовго до його народження, коли дільнична медична сестра здійснює допологові патронажі. Патронажна робота з вагітними проводиться спільно з акушеркою жіночої консультації.

Перший допологовий патронаж до вагітної медична сестра проводить протягом 10 днів з моменту надходження відомостей про вагітну з жіночої консультації. Під час знайомства з майбутньою матір'ю встановлюються довірчі відносини, які дозволяють провести бесіду про велику відповідальність бути матір'ю і про необхідність обов'язкового збереження вагітності. Медична сестра з'ясовує стан здоров'я вагітної, чинники, які роблять несприятливий вплив на здоров'я жінки і дитини (шкідливі звички, професійні шкідливості, спадкові захворювання в сім'ї, екстрагенітальна патологія), дає поради з харчування вагітної, режиму дня, запрошує вагітну в школу матерів.

На 32—34-й тижню вагітності дільнична медична сестра проводить другий допологовий патронаж, під час якого з'ясовує стан здоров'я вагітної за період, що пройшов між двома відвідуваннями, перенесені захворювання, контролює дотримання режиму дня, харчування, уточнюються передбачувані терміни пологів і адреса, по якій житиме сім'я після пологів. Проводиться навчання вагітній техніці масажу молочних залоз, даються рекомендації по організації кута новонародженого, придбанню необхідних предметів догляду за новонародженим і одягу.

Важливим розділом профілактичної роботи з новонародженою дитиною є патронажні відвідування медичної сестри вдома. Перший патронаж до новонародженого проводиться спільно дільничним педіатром і дільничною медичною сестрою в перші 3 дні після виписки з пологового будинку. Діти з групи "ризик" відвідуються в день виписки. Дитина оглядається педіатром і на підставі даних анамнезу і огляду проводиться комплексна оцінка здоров'я дитини, у зв'язку з якою лікар-педіатр дає рекомендації по режиму дня, харчуванню і догляду за дитиною. Медична сестра обробляє шкіру і пупкове кільце дитини, пояснює і показує матерів, як треба виконувати поради лікаря, навчає матір техніці "вільного сповивання", догляду за шкірою, очима, носом дитини, підготовці і техніці купання дитини. При необхідності присутня при першому купанні.

Медична сестра роз'яснює батькам порядок зберігання і догляду за білизною новонародженої дитини, організацію прогулянок, правила прикладання до грудей, пояснює правила щоденного вологого прибирання приміщення, провітрювання, дотримання температурного режиму, ретельної гігієни при догляді за дитиною, розкажує про необхідність зміни положення дитини в ліжечку, знайомить матір з порядком роботи дитячої поліклініки.

Повторні патронажі до дитини в першому півріччі життя проводяться 2 рази на місяць, в другому півріччі — 1 раз на місяць або частіше — за розсудом дільничного педіатра. Під час повторних патронажів до новонародженого і дитини першого року життя дільнична медична сестра перевіряє дотримання санітарно-гігієнічних вимог, оглядає дитину, оцінює виконання матір'ю рекомендацій і її навички по догляду за дитиною, наявність у дитини вмій і навиків, відповідних віку, навчає матір проведенню масажу і гімнастики.

В профілактичній роботі з дітьми другого і третього року життя провідне місце займають питання загартування і фізичного виховання. На другому році життя медична сестра відвідує дитину 1 разів на квартал, на третьому році — 1 раз на півроку. Мета патронажу — контроль за виконанням призначень дільничного лікаря, проведення бесід по організації режиму харчування, загартовуючих процедур, фізичних вправ.

До профілактичної роботи дільничної медичної сестри відноситься також участь в проведенні лікарського прийому. Дільничний лікар і дільнична медична сестра є відповідальними за диспансеризацію всіх дітей, що проживають на педіатричній ділянці, перш за все дітей дошкільного віку, що виховуються в домашніх умовах. Якщо в поліклініці немає дошкільно-шкільного відділення, то дільнична медична сестра допомагає лікарю виконувати всю необхідну роботу по медичному забезпеченню організованих колективів.

Лікувальна робота. В лікувальну роботу входить надання медичної допомоги гостро хворим дітям і дітям, страждаючим хронічними захворюваннями, в період загострення, а також диспансерне спостереження за дітьми, віднесеними до групи "ризик", а також за дітьми, які страждають на вроджені хронічні захворювання.

Дуже важливою і відповідальною є робота медичної сестри по наданню лікувальної допомоги тяжкохворим дітям, для яких організований "стаціонар вдома". Ця форма лікування застосовується при неможливості, з яких-небудь причин, госпіталізувати тяжкохвору дитину в стаціонар. В таких випадках медична сестра регулярно, кілька разів на день відвідує дитину, виконує необхідні лікувальні призначення, контролює проведення вдома лабораторно-діагностичних досліджень, огляди лікарів-фахівців, а також виконання батьками рекомендацій лікуючого лікаря. Медична сестра повинна детально пояснити матері ознаки, що свідчать про погіршення стану здоров'я дитини, і рекомендувати при їх появі негайно звертатися до лікаря або викликати "швидку допомогу".

При направленні дитини в стаціонар дільнична медична сестра контролює (по телефону або при безпосередньому відвідуванні сім'ї) хід госпіталізації. Якщо дитина з яких-небудь причин не госпіталізована, негайно повідомляє про це дільничного лікаря-педіатра або завідуючого педіатричним відділенням.

Медичні працівники не повинні вести розмови на професійні теми при хворих дітях. Важливо враховувати що деякі діти відрізняються недовірливістю, сугестивністю і в них може розвинутися ятрогенія, тобто захворювання, спровоковані дією медичного працівника, що відносяться до психопатій.

До дітей будь-якого віку відношення повинне бути рівним, доброзичливим. Цього правила необхідно дотримуватися з перших днів перебування у лікарні. Пам'ятайте, що діти бурхливо реагують на ваш прихід в палату; після того, як ви підете, постійному медичному персоналу важко їх заспокоїти.

Медичні працівники, які безпосередньо знаходяться серед дітей, завжди повинні враховувати психологічні особливості хворих, їх переживання, відчуття. Діти старшого віку, особливо дівчатка, найбільш чутливі і в перші дні перебування в стаціонарі нерідко замикаються, "йдуть в себе". Для кращого розуміння стану дітей важливо, крім з'ясування індивідуальних психологічних особливостей дитини, знати обстановку в сім'ї, соціальне і посадове положення батьків. Все це необхідне для організації правильного догляду за хворою дитиною в стаціонарі і ефективного його лікування.

При спілкуванні з хворими медична сестра зазнає емоційної напруги, що іноді спричинене неправильною поведінкою дітей, їх капризами, необґрунтованими вимогами батьків. В цих випадках медична сестра, як і будь-який медичний працівник, повинна зберігати спокій, вміння пригнічувати в собі дратівливість і надмірну емоційність.

Діти надзвичайно чутливі до ласки і тонко відчувають відношення до них дорослих. Тон розмови з дітьми завжди повинен бути рівним, привітним. Все це сприяє встановленню між дитиною і медичним персоналом доброзичливих, довірчих відносин і впливає на хворого позитивно.

Велике значення при спілкуванні з дитиною має чуйність, тобто прагнення зрозуміти його переживання. Терпляча бесіда з дитиною дозволяє виявити особові особливості, домінуюче переживання, допомагає в постановці діагнозу. Потрібно не тільки формально вислухати скарги хворої дитини, а проявити теплу участь, відповідно реагуючи на почуте. Хворий заспокоюється, побачивши відношення медичного працівника, а останній отримує додаткову інформацію про дитину. Навпаки, різкий або фамільярний тон в розмові створює перешкоду для встановлення нормальних взаємостосунків хворого і медичної сестри.

Взаємостосунки медичних працівників з батьками і близькими хворої дитини. Батьки, особливо матері, в більшості випадків важко переживають захворювання дитини. Мати тяжкохворого в тому або іншому ступені психічно травмована і її реакції можуть бути неадекватними. Тому необхідний індивідуальний підхід до матері з боку всіх без виключення медичних працівників. Особливу увагу необхідно приділяти матерям, що здійснюють догляд за тяжкохворою дитиною в стаціонарі. Важливо не тільки заспокоїти жінку словами, але і створити необхідні умови для повноцінного відпочинку, харчування, переконати її, що дитина отримує правильне лікування і знаходиться в "добрих руках". Мати повинна розуміти важливість і правильність призначених лікарем і виконуваних медичною сестрою маніпуляцій, процедур.

Більшість батьків відноситься до медичних працівників з теплотою, довір'ям і вдячні їм за їх нелегку працю. Проте зустрічаються і "важкі батьки", які намагаються грубістю і нетактовною поведінкою добитися особливої уваги співробітників лікарні до своєї дитини. З такими батьками медичні працівники повинні проявляти внутрішню стриманість і зовнішній спокій, що саме по собі позитивно діє на погано вихованих людей.

Великого такту вимагає бесіда медичної сестри з батьками і близькими хворої дитини в дні відвідин і прийому передач. Не дивлячись на завантаженість, медичний працівник повинен знайти час спокійно і неквапливо відповісти на всі питання. Особливі труднощі можуть виникнути, коли батьки намагаються взнати діагноз захворювання дитини, уточнити правильність



лікування, що проводиться, призначення процедур. В цих випадках бесіда медичної сестри з родичами не повинна виходити за рамки її компетенції. Вона не має права розказувати про симптоми і можливий прогноз захворювання. Медична сестра повинна ввічливо вибачитися, послатися на необізнаність і направити родичів до лікуючого лікаря або завідуючого відділенням.

Не слід йти «на поводу» у батьків, прагнути виконати необґрунтовані вимоги, наприклад припинити призначені лікарем ін'єкції, змінити режим і дієту. Такого роду "чуйність" здатна принести лише шкоду і не має нічого спільного з принципами гуманної медицини.

У взаєностосунках медичних працівників з батьками важливе значення має форма звертання. Звертаючись до батьків, медична сестра повинна називати їх на ім'я та по батькові, не допускати фамільярності і не користуватися такими термінами, як "матуся" і "тато".

Контакти медичних працівників з батьками в дитячих відділеннях тісні і часті. Правильна тактика спілкування середнього медичного персоналу з рідними і близькими хворої дитини створює належну психологічну рівновагу міжособистісних взаєностосунків медичний працівник — хвора дитина — його батьки.

Догляд за дитиною, крім професійної підготовки, вимагає від медичного працівника великого терпіння і любові до дітей. Важливо мати уявлення про ступінь відповідності психічного і фізичного розвитку дитини, знати його особові якості. Часто хворіючі діти вже з раннього віку виглядають більш інфантильними, ніж їх здорові однолітки.

Слід пам'ятати, що у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку нерідко виникають страх болю, боязнь білих халатів, самотності. У зв'язку з цим у таких дітей часто розвиваються невротичні реакції (нетримання сечі (енурез) або калу (енкопрез), заїкання і т.і.). Медична сестра повинна допомогти дитині подолати страх. Необхідно в довірчій бесіді з дитиною з'ясувати причини того або іншого страху, розсіяти його, підбадьорити хворого, особливо перед маніпуляціями (ін'єкціями, процедурами). Бажано забір крові з вени, виконання ін'єкцій і т.і. проводити дітям, що поступили недавно, і що знаходиться в стаціонарі тривалий час одночасно. Діти в цих випадках, як правило, набагато легше переносять незнайомі їм маніпуляції.

Медичний працівник повинен вміти компенсувати дітям відсутність батьків і близьких. Особливо погано переносять розлуку з батьками діти до 5 років. Проте навіть хворобливо переживаючи тимчасовий відрив від батьків діти досить швидко звикають до нової обстановки, заспокоюються. У зв'язку з цим часті відвідини батьків в перші дні госпіталізації можуть травмувати психіку дитини. Доцільно в період адаптації (3—5 днів) не допускати частих візитів батьків. Після закінчення цього періоду, якщо батьки або близькі родичі не можуть регулярно відвідувати хворої дитини, медична сестра повинна порекомендувати їм частіше присилати листи, носити передачі, щоб дитина відчувала турботу і увагу.

Медичному працівнику належить ведуча роль в створенні сприятливої психологічної обстановки в лікувальній установі, що нагадує дитині домашню обстановку (організація ігор, перегляд телепередач і т.і.).

Новонароджені та діти першого року життя особливо потребують ретельного дотримання режиму дня.

У новонароджених і дітей грудного віку всі патологічні процеси в організмі протікають надзвичайно бурхливо. Тому важливо своєчасно відзначати всі зміни в стані хворого, точно їх фіксувати і вчасно ставити до відома лікаря для вживання невідкладних заходів. Роль медичної сестри, яка здійснює догляд за хворою дитиною грудного віку або новонародженою важко переоцінити.

Основою догляду є суворе дотримання чистоти, а для новонародженої дитини і стерильності (асептика). Догляд за дітьми грудного віку проводиться середнім медичним персоналом при обов'язковому контролі і участі лікаря. До роботи з дітьми не допускаються особи з інфекційними захворюваннями і гнійними процесами, нездужанням або підвищеною температурою тіла. Медичним працівникам відділення грудних дітей не дозволяється носити вовняні речі, біжутерію, кільця, користуватися духами, яскравою косметикою і ін.

Медичний персонал відділення, де знаходяться новонароджені або діти грудного віку, повинен носити одноразові або білі, ретельно вигладжені халати (при виході з відділення замінюють їх на інші), шапочки, чотиришарові маркіровані маски і змінне взуття. Обов'язково суворе дотримання особистої гігієни.

*Медична документація педіатричного стаціонару:*

1. *Журнал прийому хворих (стаціонарний журнал, журнал реєстрації хворих)*, у якому реєструються дані про госпіталізацію хворих і їх виписку, має такі вертикальні колонки:

- номер по порядку
- номер історії хвороби
- дата госпіталізації
- прізвище, ім'я, по-батькові
- вік
- адреса
- ким направлений
- діагноз при госпіталізації
- заключний діагноз (при виписці)
- дата виписки
- куди виписаний – додому, переведений в інше відділення, смертельний випадок
- л/д – кількість ліжко-днів, тобто, скільки днів хворий знаходився в стаціонарі (перший і останній день рахуються як 1 день).

2. *Медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби)*, форма № 003/о– це офіційний документ, у якому відображаються всі дані про стан здоров'я, об'єктивного, лабораторного та інших методів обстеження людини, що знаходиться на лікуванні в стаціонарі. Історія хвороби заповнюється лікуючим лікарем. Юридичну відповідальність за зміст історії хвороби несе лікуючий лікар.

Загальні правила ведення і збереження історії хвороби:

- дотримання форми і порядку написання різних розділів документу
- запис про стан здоров'я хворого повинен бути щоденним
- не допускається скорочення слів, перекреслення, виправлення, заклеювання, стирання тексту
- після виписки дитини з лікарні історія хвороби здається в архів, де зберігається 25 років.

*Схема історії хвороби (або медичної карти стаціонарного хворого).*

На титульному листі відмічаються:

- дата госпіталізації
- дата виписки (або смерті)
- назва відділення
- номер палати
- проведено ліжко-днів
- перевод в інше відділення
- група крові, резус-належність
- результат RW
- підвищена чутливість або непереносимість препарату
- ППБ
- стать
- вік
- постійне місце проживання
- місце роботи, спеціальність або посада батьків
- ким направлений хворий
- госпіталізація екстрена чи планова
- діагноз лікувального закладу, який направив хворого

- діагноз при госпіталізації
- діагноз клінічний (з указанням дати встановлення діагнозу та прізвище лікаря, який встановив діагноз)
- діагноз заключний (основний, ускладнення основного, супутній)
- підписи лікуючого лікаря та зав. відділенням

Далі в історії має бути:

- листок лікарських призначень
- запис лікаря приймального відділення (скарги, анамнез життя, об'єктивний стан хворого)
- запис зав. відділенням
- температурний лист
- щоденники
- лист лабораторного та інструментального обстежень
- листок огляду та консультацій спеціалістами
- епікриз
- виписка із протоколу патологоанатомічного обстеження

3. *Статистична карта* заповнюється лікарем після виписки дитини зі стаціонару, складається з наступних розділів:

- ПІБ
- стать
- вік
- постійне місце проживання
- дата госпіталізації
- дата виписки (або смерті)
- назва відділення
- проведено ліжко-днів
- ким направлений хворий
- госпіталізація екстрена чи планова
- діагноз лікувального закладу, який направив хворого
- діагноз при госпіталізації
- діагноз клінічний
- діагноз заключний (основний, ускладнення основного, супутній)
- підпис лікуючого лікаря

Студент також повинен ознайомитися з іншою документацією педіатричного стаціонару:

4. *Журнал руху хворих або здачі чергувань*. В журналі фіксується:

- всього хворих (в тому числі до 1 року, до 3 років),
- хворі важкого стану,
- скільки дітей поступило,
- скільки виписано.

5. *Сестринський зошит* (сестринський журнал-лист) – це документ для своєчасного виконання всіх медичних процедур спеціально для медсестер, ними ж заповнений.

У зошит чергова медсестра щодня, іноді 2 рази на день, робить таку виписку з листа призначень (із указанням прізвища дитини):

- внутрішньом'язові ін'єкції (може бути список по групах лікарських препаратів, за часом введення, по палатах, тощо)
- список необхідних аналізів
- призначення на обстеження і відповідна підготовка до процедури
- перелік консультацій, тощо.

6. *Журнал обліку інфекційних хворих*.

7. *Журнал екстрених повідомлень* записуються випадки екстреного характеру, що потребують термінового з'ясування причини виникнення та запобігання поширення

патології (інфекційне захворювання, отруєння, небезпечна реакція на щеплення, лікарські препарати). Інформація про ці випадки терміново направляється в СЕС (санітарно-епідеміологічну станцію).

Приєм хворого в педіатричній стаціонар в здійснюється в такій послідовності:

- реєстрація хворого,
- огляд лікарем,
- у випадках необхідності надання невідкладної допомоги,
- санітарна обробка,
- транспортування хворого до відділення.

Медична документація дитячої поліклініки:

1. Історії розвитку дитини (форма 112/о) включає:

- листок уточнених діагнозів
- відомості про дитину та її батьків
- листок обліку БЦЖ
- карта профілактичних щеплень
- листок антенатального патронажу
- листок постнатального патронажу
- епікризи для дітей декретованого віку
- листки амбулаторного прийому
- листок лабораторних та інструментальних обстежень
- листок антропометричних даних

Термін зберігання історії розвитку 25 років.

2. Карта профілактичних щеплень (форма 063/о) в яку вноситься інформація з історії розвитку здорової дитини про дату і вид щеплень, проведених дитині.

3. Журнал виклику лікаря додому.

4. Журнал диспансерних груп.

5. Журнал відвідувань кабінету здорової дитини.

## **6. Матеріали самоконтролю:**

### **Ситуаційні завдання.**

#### **Задача 1**

До приймального відділення дитячої районної лікарні поступає дитина 5 років. Після ретельного огляду дитини педіатр встановив діагноз: кір. Яка буде його тактика по відношенню до цієї дитини в подальшому.

#### **Задача 2**

До приймального відділення дитячої лікарні поступає дитина 10 років на планове лікування. При огляді медсестра знайшла на волоссі гніди. Що має зробити лікар приймального відділення?

### **Еталон відповідей до задач**

#### **Задача 1**

1. Оформити екстрене повідомлення
2. Записати і обґрунтувати відмову від госпіталізації в журнал
3. Направити дитину цією ж каретою швидкої допомоги до інфекційного стаціонару.

#### **Задача 2**

Дати наказ медсестрі обробити дитину і прийняти в стаціонар. Або пояснити мамі, як треба обробити волосся дитини вдома і після того прийняти до стаціонару

### **7. Основна література:**

1. Майданник В.Г., Дука К.Д., Бурлай В.Г. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. – Київ 2002. Знання України.
2. Майданник В.Г., Бурлай В.Г. Ваша дитина (догляд та виховання). - Київ 2004.-298 с.
3. Марушко Ю.В. Маніпуляції в педіатрії (показання та техніка виконання): навчальний посібник (третє видання, доповнене) / Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак, Ю.І. Тодика. – Київ:, 2013. – 132 с.

### **Додаткова література:**

4. Токар А.В., Джемайло В.І. та ін. /Довідник для медичних сестер – Київ,- 2002.
5. Винникова С.П., Дыгало И.Н. и др. / Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-дону «Феникс» -2002.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

«Затверджено»  
на методичній нараді  
протокол № 10  
кафедри педіатрії №5  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_професор В.Д. Лукашук  
«\_05\_»\_січня\_\_2017р.

Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
при підготовці до практичного (семінарського) заняття

Навчальна дисципліна	Догляд за хворими
Модуль №	3
Змістовний модуль №	1
Тема заняття	Структура стаціонару. Приймальне відділення дитячої лікарні. Госпіталізація, санітарна обробка та транспортування хворих дітей.
Курс	2
Факультет	ПЛ ЗСУ

### 1. Актуальність теми:

В системі дитячих лікувально-профілактичних установ дитяча лікарня має особливе значення. Саме сюди госпіталізують тяжкохворих, тут сконцентровано сучасне діагностичне обладнання, працюють висококваліфіковані лікарі і медичні сестри. Знання специфіки роботи, структури, функцій основних підрозділів педіатричного стаціонару необхідне для майбутнього лікаря.

### 2. Конкретні цілі:

- Проаналізувати структуру педіатричного стаціонару.
- Класифікувати основні типи дитячих лікарень
- Пояснити функції приймального відділення педіатричного стаціонару.
- Трактувати поняття при лікувально-охоронний та санітарно-гігієнічний режими в дитячому стаціонарі, види дезінфекції.
- Продемонструвати порядок дій при огляді дитини на педікульоз та коросту а при необхідності і обробку.
- Заповнити відповідну документацію при виявленні педікульозу або корости.
- Запропонувати вид транспортування хворої дитини до відповідного відділення стаціонару в залежності від віку та стану тяжкості захворювання.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Медична біологія	Верифікувати збудника педикульозу, корости. Знати види вошів, механізми передачі педикульозу, фактори, які сприяють їх виникненню.
2. Основи педагогіки. Основи психології	Застосувати знання про психологічне навантаження батьків хворої дитини. Вміти спілкуватися з ними.

### 4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

#### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний Режим	Комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню та розповсюдженню внутрішньо-лікарняної інфекції
2. Лікувально-охоронний режим	Організація комплексного медикаментозного лікування основного захворювання а також організація оптимального режиму, тобто психічного спокою для відновлення

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Структура педіатричного стаціонару. Основні відділення та допоміжні підрозділи педіатричного стаціонару.
2. Функції приймального відділення лікарні у прийомі і направлення хворих до педіатричних відділень.
3. Способи транспортування хворих дітей.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Огляд на педикульоз та коросту та санітарна обробка хворих дітей.
2. Транспортування хворих дітей у педіатричному стаціонарі.

#### 5. Зміст теми:

##### *Структура і функції педіатричного стаціонару.*

Державна система лікувально-профілактичної допомоги дітям, яка прийнята в нашій країні, складається з трьох основних функціонально зв'язаних між собою ланок: дитяча поліклініка — дитяча лікарня — дитячий санаторій.

Дитяча лікарня — лікувально-профілактичний заклад для дітей у віці до 17 років включно, потребуючих постійного (стаціонарного) лікарського спостереження, інтенсивної терапії або спеціалізованої допомоги. Існують різні типи дитячих лікарень. За профілем вони розподіляються на багатoproфільні і спеціалізовані, за системою організації — на з'єднані з поліклінікою і нез'єднані, за об'ємом діяльності — на лікарні тієї або іншої категорії, яка визначається певною потужністю (кількістю ліжок). Крім того, залежно від адміністративного розподілення розрізняють районні, міські, клінічні (якщо на базі лікарні працює кафедра медичного або науково-дослідного інституту), обласні, республіканські дитячі лікарні.

Основна мета сучасної дитячої лікарні — відновлення здоров'я хворої дитини. Для виконання даної мети для кожного хворого розв'язуються чотири задачі етапної допомоги: діагностика захворювання, невідкладна терапія, основний курс лікування і реабілітація (включаючи заходи соціальної допомоги).

На дитячий стаціонар покладаються певні обов'язки, головними з яких є наступні:

- надання дітям висококваліфікованої лікувальної допомоги;
- упровадження в практику сучасних методів діагностики, лікування профілактики;
- консультативна і методична робота.

В кожній дитячій лікарні є приймальне відділення, стаціонар (лікувальні відділення), лікувально-діагностичне відділення або відповідні кабінети і лабораторії, патологоанатомічне відділення, допоміжні підрозділи (аптека, харчоблок, кабінет медичної статистики, медичний архів, адміністративно-господарська частина, бібліотека тощо).

Розвиток стаціонарної медичної допомоги дітям в даний час має тенденцію до централізації окремих лікарняних служб. Створюються лікувально-діагностичні і консультативні центри, патологоанатомічні, стерилізаційні відділення і інші служби, що забезпечують роботу декількох лікарень міста, області.

##### *Функції приймального відділення дитячої лікарні у прийомі і направленні хворих до педіатричних відділень*

Приймальне відділення складається з вестибюля-чекальні, приймально-оглядових боксів, ізоляційних боксів на 1 ліжко, санітарного пропускника, кабінету лікаря, процедурно-



перев'язувальної, лабораторії для термінових аналізів, кімнати для медичного персоналу, туалету та інших приміщень.

Працівники приймального відділення ведуть облік руху хворих (реєстрація хворих, що надходять, виписаних, переведених в інші стаціонари, померлих), проводять лікарський огляд хворого, надають екстрену медичну допомогу, здійснюють направлення у відповідне відділення, санітарну обробку, ізоляцію інфекційних хворих. В цьому ж відділенні є довідкова служба.

Наявність декількох приймально-оглядових боксів дозволяє вести окремо прийом терапевтичних, хірургічних і інфекційних хворих, дітей грудного віку і новонароджених.

Діти доставляються в лікарню машиною швидкої медичної допомоги або батьками за направленням лікаря дитячої поліклініки і інших дитячих установ або без направлення («самозвернення»). Крім талона (направлення) на госпіталізацію, надаються і інші документи: виписка з історії розвитку дитини, дані лабораторних і інструментальних досліджень, відомості про контакти з інфекційними хворими. Без документів хворі можуть бути прийняті в лікарню тільки у стані, що потребує надання невідкладної медичної допомоги.

Під час вступу дитину в лікарню без відома батьків останніх негайно сповіщають про це співробітники приймального відділення. У разі неможливості отримати відомості про дитину і його батьків надходження хворого реєструють в спеціальному журналі і роблять заяву в міліцію.

Дітей перших років життя госпіталізують з одним з батьків. Кількість ліжок для матерів повинна складати 20 % від загальної кількості ліжок в дитячій лікарні. Новонароджених і дітей грудного віку госпіталізують разом з матерями.

В крупних дитячих лікарнях прийом хворих веде спеціально виділений персонал, в невеликих лікарнях — черговий персонал. Прийом хворої дитини ведеться у відповідній послідовності: реєстрація, лікарський огляд, необхідна лікувальна допомога, санітарна обробка, транспортування у відповідне відділення.

Медична сестра реєструє надходження хворого в журналі, заповнює паспортну частину "Медичної карти стаціонарного хворого", ф. № 003/у (історії хвороби), вимірює температуру тіла, повідомляє лікаря про отримані відомості.

При направленні дитини в стаціонар дільничний педіатр повинен з'ясувати, чи мала дитина контакти з інфекційними хворими вдома або в школі (дитячому саду) за останні 3 тижні (максимальна тривалість інкубаційного періоду більшості дитячих інфекційних захворювань). Отримані відомості відзначають у направленні на госпіталізацію.

Навіть за відсутності контактів з інфекційними хворими всіх дітей в приймальному відділенні лікарні спеціально оглядає лікар для виключення можливого інфекційного захворювання. Оглядають шкірні покриви, видимі слизові оболонки; вимірюють температуру тіла.

Після огляду дитини лікарем медична сестра отримує від лікаря рекомендації про характер санітарної обробки. Як правило санітарна обробка полягає в проведенні гігієнічної ванни або душу; при виявленні педикульозу або виявленні гнид проводиться відповідна обробка волосистої частини голови, білизни. Виняток становлять хворі, що знаходяться у вкрай тяжкому стані. Їм надають першу медичну допомогу і лише за відсутності протипоказань проводять санітарну обробку.

Оглядова кімната і ванне приміщення повинна зберігатися в чистоті. Після закінчення огляду дитини проводять обробку предметів (шпатель, термометри) і меблів (кушетки, стільці і ін.), до яких торкався хворий. Клейонкову подушку і клейонки на кушетці після кожного хворого протирають 2 % розчином хлораміну або 0,5 % розчином хлорного вапна, а наприкінці зміни миють гарячою водою з господарським милом. Простирадла на кушетці слід міняти також після кожного хворого.

У разі виявлення у дитини інфекційного захворювання приміщення, де знаходиться хворий, предмети і меблі підлягає знезараженню (дезінфекції).

В приймальному відділенні не рідше 2 разів на день проводять загальне прибирання приміщень вологим засобом із застосуванням дезінфікуючих засобів.

Для проведення санітарної обробки хворого необхідні дезінфікуючі розчини та інвентар. Як правило застосовують наступні дезінфікуючі засоби: господарське мило, лізол, столовий оцет, хлорне вапно, хлорамін, 0,5 % розчин гексахлорана.

Огляд на педикульоз і коросту. В приймальному відділенні обов'язково оглядають дитину з метою виявлення педикульозу і корости. Такі хворі в стаціонарі можуть заразити вошами і кліщами інших дітей.

Педикульоз передається при безпосередньому контакті з хворим, використанні одягу і білизни хворого. Появі педикульозу, так само як і корости, сприяють неохайність, велика скупченість людей, порушення санітарно-гігієнічних правил, погана організація санітарно-освітньої роботи, низький рівень культури окремих осіб.

У разі виявлення педикульозу проводиться спеціальна дезінсекційна обробка дитини, а при необхідності — його натільної (або постільної) білизни. При виявленні на волосистій частині голови вошів або гнид хворого, не роздягаючи, усаджують на кушетку і обробляють волосся одним з інсектицидних розчинів або зістригають їх (за згодою батьків). В даний час використовують 20 % водно-мильну суспензію бензилбензоату (10-30 мл); лосьйон "Ниттифор" (50—60 мл); 10 % водну мильно-газову емульсію (5-10 мл); шампуні "Педилін», «Хантер».

Після обробки волосистої частини голови розчином мокре волосся накриває поліетиленовою серветкою і пов'язує голову хустинкою на 20—30 хв. (при використанні лосьйону «Ниттифор» експозицію збільшують до 40 хв). Потім миють голову гарячою водою із застосуванням туалетного мила. Після цього волосся ретельно вичісують (на клейонку або папір) частим гребінцем, змоченим 8 % розчином столового оцту, ретельно промивають чистою водою. Процедуру повторюють через 7—10 днів. Якщо волосся обстригалось, його необхідно зібрати на папір і спалити в промаркірованому оцинкованому відрі.

Для видалення гнид застосовують підігрітий до 27—30 °С столовий оцет. Ваткою, змоченою оцтом, обробляють окремі пасма волосся, пов'язують голову хустинкою на 15-20 хв, після чого ретельно вичісують волосся частим гребінцем і миють голову.

Для виявлення корости оглядають шкіру кистей рук, тулуба. При виявленні коростяних ходів проводиться обов'язкове лікування хворого, профілактичне лікування осіб, що контактували із ним, дезінсекційна обробка одягу і постільних речей щоб уникнути повторного зараження. Це заразливие захворювання, яке легко передається при прямому контакті зі шкірою хворого або побічно через одяг, рукавички, постільні або туалетні речі.

Одяг і білизну хворого укладають в клейонковий мішок, зрошують зовні одним з дезінфікуючих розчинів (0,5 % розчин хлорного вапна) і направляють в дезінфекційну камеру для проведення камерної дезінсекції. Потім натільну і постільну білизну кип'ятять, обробляють гарячим пресом або праскою.

Персонал відділення, що проводив санітарну обробку хворого, після її закінчення повинен помитися, одяг у разі потреби здають для обробки в дезінфекційну камеру. В приміщенні, де проводили санітарну обробку хворої дитини, підлогу, стільці і т.і. зрошують 0,5 % розчином хлорофосу з розрахунку 100 мл на 1 м<sup>2</sup>, 2-3 год провітрюють і потім проводять вологе прибирання приміщення.

На титульному листі медичної карти стаціонарного хворого в цьому випадку ставлять спеціальну відмітку — букву «П» або пишуть «Педикульоз». Такий хворий знаходиться під спеціальним спостереженням медичного персоналу. При необхідності обробка волосся проводиться повторно до повної ліквідації педикульозу. Про кожного хворого з педикульозом повідомляють в центр санітарно-епідеміологічного нагляду за місцем проживання.

Після санітарної обробки дитину транспортують в лікувальне відділення. Так звані планові хворі не повинні затримуватися в приймальному відділенні більше 30 хв. При масовому надходженні хворих дотримується певний порядок черговості госпіталізації: спочатку надають допомогу тяжкохворим, потім хворим в стані середньої тяжкості і в останню чергу "плановим хворим", які не потребують термінового лікування.

Під час переведу дитини в лікувальне відділення персонал приймального відділення попереджає завідуючого відділенням і постову медичну сестру про надходження до них нового пацієнта, інформує їх про тяжкість стану і поведінку дитини під час прийому. У вечірній і нічний час (після 15 ч) всі ці відомості передаються постовій медичній сестрі, а під час вступу тяжкохворих — і черговому лікарю.

Транспортування дітей з приймального відділення в лікувальні відділення стаціонару може здійснюватися декількома шляхами. Вид транспортування вибирає лікар. Діти, що знаходяться в задовільному стані, йдуть у відділення самі у супроводі медичного працівника. Дітей молодшого і грудного віку несуть на руках. Тяжкохворих транспортують на ношах, які встановлені на спеціальній каталці. Всі ноші-каталки повинні бути заправлені чистими простирадлами, а в холодну пору року і ковдрами. Простирадла змінюють після кожного хворого, а ковдру провітрюють. Деяких хворих, наприклад дітей, хворих на гемофілію за наявності крововиливу в суглоби, доставляють в кріслі-каталці.

Приймальне відділення забезпечується необхідною кількістю нош-каталок і крісел-каталок для транспортування хворих дітей у відділення.

Дітей, що знаходяться у вкрай тяжкому стані (шок, судоми, масивна кровотеча і т.і.), направляють відразу в реанімаційне відділення або палату інтенсивної терапії.

В палаті тяжкохворого з нош-каталки перекладають на ліжко: одну руку підводять під лопатки, а іншу — під стегна хворого, при цьому дитина руками обхвачує шию медичної сестри. Якщо хворого переносять дві люди, то один підтримує хворого під лопатки і поясницю, другий — під сідниці і гомілки.

## **6.Матеріали для самоконтролю:**

### **6.1. Питання для самоконтролю:**

1. Які основні структурні підрозділи входять до складу дитячої лікарні.
2. Назвіть основні елементи протиепідемічного режиму.
3. В чому полягає особиста гігієна персоналу дитячого закладу?
4. Як проводиться санітарна обробка хворої дитини?
5. Який інвентар необхідно мати для проведення вологого прибирання приміщення?
6. Як обробити волосисту частину голови при педикульозі?
7. Які фактори сприяють розповсюдженню педикульозу?

### **6.2. Задачі для самоконтролю:**

1. В приймальному відділенні при огляді хворої дитини, яка знаходиться у вкрай тяжкому стані, виявлені гніди. Як необхідно поступити медичній сестрі? Коли провести санітарну обробку хворого?

## **7. Основна література:**

1. Майданник В.Г., Дука К.Д., Бурлай В.Г. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. – Київ 2002. Знання України.
2. Майданник В.Г., Бурлай В.Г. Ваша дитина (догляд та виховання). - Київ 2004.-298 с.

### **Додаткова література:**

3. Токар А.В., Джемайло В.І. та ін. /Довідник для медичних сестер – Київ,- 2002.
4. Винникова С.П., Дыгало И.Н. и др. / Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-дону «Феникс» -2002.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

«Затверджено»  
на методичній нараді  
протокол № 10  
кафедри педіатрії №5  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ професор В.Д. Лукашук  
«\_05\_»\_січня\_\_ 2017р.

Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
при підготовці до практичного (семінарського) заняття

Навчальна дисципліна	Догляд за хворими
Модуль №	3
Змістовний модуль №	1
Тема заняття	Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Особиста гігієна медперсоналу. Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми.
Курс	2
Факультет	ПЛ ЗСУ

## 1. Актуальність теми:

Порушення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів лікувально-профілактичних закладів, незадовільна профілактична робота медичного персоналу є чинниками розповсюдження інфекцій всередині лікарень, зокрема виникнення нозокоміальних вогнищ, які значно ускладнюють перебіг основного захворювання, викликають справедливі скарги батьків, знижують авторитет стаціонару серед населення. Проведення складного комплексу численних та різнобічних заходів щодо попередження інфекційних спалахів, координація та контроль за їх виконанням є обов'язком медичного персоналу, насамперед лікарів.

## 2. Конкретні цілі:

- Тракувати поняття при лікувально-охоронний та санітарно-гігієнічний режими в дитячому стаціонарі, види дезінфекції.
- Провести обробку предметів догляду за дитиною після їх використання із застосуванням сучасних дезінфікуючих засобів.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Основи педагогіки. Основи психології	Застосувати знання про психологічне навантаження батьків хворої дитини. Вміти спілкуватися з ними.
2. Медична фізика	Порівняти різні види фізичних методів стерилізації.
3. Медична хімія	Розраховувати необхідну концентрацію дезінфікуючих засобів.

## 4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний Режим	Комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню та розповсюдженню внутрішньо-лікарняної інфекції
2. Лікувально-охоронний режим	Організація комплексного медикаментозного лікування основного захворювання а також організація оптимального режиму, тобто психічного спокою для відновлення фізіологічних функцій центральної нервової системи та її вегетативного відділу
3. Дезінфекція	Це система заходів, які спрямовані на знищення збудників хвороб і створення умов, перешкоджаючих їх розповсюдженню в навколишньому середовищі.
4. Дезінсекція	Метод, що забезпечує знищення комах, які є переносниками інфекційних хвороб.
5. Стерилізація	Метод, що забезпечує загибель в стерилізуючому матеріалі вегетативних та спорових патогенних та непатогенних мікроорганізмів

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Поняття про лікувально-охоронний та санітарно-гігієнічний режими, особливості їх застосування у дитячій лікарні.
2. Санітарно-гігієнічний режим приймального відділення, санітарно-гігієнічна обробка хворої дитини. Огляд дитини на педикульоз та коросту. Обробка дитини при виявленні педикульозу або корости.
3. Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми (обробка мензурок, горщиків, іграшок, пляшечок, сосок, термометрів, сповивальних столів після користування ними).

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

1. Проведення обробки предметів догляду за дитиною після використання.

#### **5. Зміст теми:**

*Поняття про особливості лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів.*

В діяльності дитячої лікарні особливе значення надається підтримці порядку, чистоті, а також спадкоємності в роботі медичного персоналу. Молодший сестринський, сестринський і лікарський персонал повинен дотримувати правила санітарно-протиепідемічного режиму, що передбачає організацію і проведення необхідних санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів. В стаціонарі концентруються хворі і ослаблені діти, тому особлива увага повинна приділятися профілактиці внутрішньолікарняних (нозокоміальних) інфекцій. Для забезпечення санітарно-протиепідемічного благополуччя в дитячій лікарні необхідно дотримуватися існуючих санітарних правил: дотримання принципу ізоляції окремих груп дітей при заповненні відділень (палат, боксів і т. д.), використовувати наявні приміщення за призначенням, створювати оптимальний повітряно-тепловий потік в приміщеннях, суворо дотримуватися правил роботи харчоблоку; дотримувати правила прийому на роботу персоналу і забезпечувати своєчасне проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів; дітям і персоналу дотримувати правила особистої гігієни, мати засоби для проведення дезінфекційних заходів (достатня кількість спецодягу, прибирального інвентаря, миючих і дезінфікуючих засобів); здійснювати інженерно-технічний і санітарний благоустрій установи і ділянок землі, що йому належать.

Санітарно-гігієнічні норми передбачають виділення кожній дитині ліжка, застеленого чистою білизною, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. При необхідності дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального догляду, одяг. У відділення хворий бере із собою предмети особистої гігієни.

На індивідуальні столики або тумбочки, що знаходяться поряд з ліжками, ставлять стакан; в них зберігають туалетні речі (зубна щітка, паста, мило, гребінець) і деякі особисті речі (книги, іграшки). Категорично забороняється зберігати в тумбочках продукти харчування. Для зберігання продуктів харчування в буфетній або їдальні повинен бути холодильник.

Кожному хворому не рідше 1 разу на 7-10 днів (при необхідності) проводиться гігієнічна ванна з повною зміною натільної і постільної білизни. Щодня здійснюється туалет дитини. Перед кожним прийманням їжі хворі обов'язково миють руки. Для тяжких і лежачих хворих умивання організовують біля ліжка.

У відділенні необхідно суворо дотримувати санітарний режим. Провітрювати палати слід не рідше 4 раз на день, краще в період, коли діти знаходяться у їдальні. При провітрюванні приміщення в інший час і при кварцеванні палат дітей виводять в коридор або ігрову кімнату. Для раннього виявлення інфекційних хвороб дітей оглядають щодня. Ретельно оглядають шкірні покриви і видимі слизові оболонки, ведуть ретельний облік всіх дітей з підвищеною температурою тіла; при необхідності проводять бактеріологічні і бактеріоскопічні дослідження крові, калу.

Важливе значення в дотриманні протиепідемічного режиму в лікарні мають правильна організація харчування дітей, приготування їжі, її транспортування і роздача.

Одним з суттєвих чинників в дотриманні протиепідемічного режиму в дитячій лікарні є особиста гігієна медичного персоналу. До роботи в дитячій лікувально-профілактичній установі допускаються тільки здорові особи, які пройшли медичне обстеження.

Медичний працівник повинен мати акуратний і охайний зовнішній вигляд. Медична сестра перед чергуванням приймає душ, надягає чисту білизну. Руки треба мити з милом, а нігті коротко стригти. Одяг повинен бути встановленої форми; білий халат, надітий на плаття з короткими рукавами, і шапочка (хустинка), що закриває волосся, повинні бути чистими і вигладженими. На час чергування сестра взуває спеціальне взуття, що дозволяє безшумно пересуватися. Тапочки повинні легко піддаватися дезінфекції. Халат, головний убір і тапочки після закінчення чергування (зміни) залишають в спеціально відведеній для медичного працівника шафі.

В окремих випадках обов'язковим для медичних працівників є носіння маски, яка повинна закривати рот і ніс. Обов'язково носіння маски для персоналу відділення новонароджених, дітей грудного віку, інфекційних палат і боксів, процедурного кабінету, а також в період епідемії. Маски звичайно виготовлені з марлі, складеної в 4 шари, оскільки більш тонкі пропускають мікроорганізми. Тривале використання маски знижує ефективність її дії як фільтру для мікроорганізмів. Тому кожні 4 ч маску треба змінювати. Використані маски кладуть в окремий посуд, кип'ятять і пропрасовують гарячою праскою. Останніми роками стали використовувати одноразові стерильні маски з нетканинного текстилю.

Для більшості дитячих інфекцій характерним є підвищення температури, поява висипу. Якщо ставлять діагноз інфекційного захворювання або є підозра на інфекційне захворювання, то хворого негайно ізолюють в бокс або направляють в інфекційну лікарню.

Основні санітарно-епідеміологічні накази які регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів:

- ОСТ 4221-285 «Стерилізація та дезінфекція виробів медичного призначення. Методи, засоби та режими дезінфекції, передстерилізаційна обробка (етапи), стерилізація (методи, режими, засоби).»

- Наказ № 288 «Про санітарно-епідеміологічний режим лікувально-профілактичного закладу».

- Наказ № 408 «Про заходи по зниженню захворюваності вірусним гепатитом та профілактиці СНІДу».

- Наказ № 450 «Про заходи щодо попередження захворюваності дифтерією, його профілактика»

- Наказ № 720 «Про посилення медичної допомоги хворим з гнійно-септичними захворюваннями та посилення боротьби з внутрішньолікарняною інфекцією»

Дітей з ознаками інфекційного захворювання розміщують в бокси-ізолятори. Заповнюють "Екстрене сповіщення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайної реакції на щеплення" (ф.№058/у), яке негайно направляють в центр санітарно-епідеміологічного нагляду.

Під час переводу дитини в лікувальне відділення персонал приймального відділення попереджає завідуючого відділенням і постову медичну сестру про надходження до них нового пацієнта, інформує їх про тяжкість стану і поведінку дитини під час прийому. У вечірній і нічний час (після 15 ч) всі ці відомості передаються постовій медичній сестрі, а під час вступу тяжкохворих — і черговому лікарю.

*Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми.*

Дезінфекція. Ця система заходів, які спрямовані на знищення збудників хвороб і створення умов, перешкоджаючих їх розповсюдженню в навколишньому середовищі.

Розрізняють два види дезінфекції: профілактичну та дезінфекцію, що проводиться в епідемічному вогнищі, яка у свою чергу ділиться на поточну і заключну.

Профілактичну і поточну дезінфекцію в епідемічному вогнищі проводять молодші медичні сестри і медичні сестри. Для проведення заключної дезінфекції в епідемічному вогнищі можуть запрошуватися співробітники центру санітарно-епідеміологічного нагляду і дезінфекційних станцій.

Інвентар для проведення дезінфекційних заходів (відра, швабри, дрантя і ін.) маркірується і використовується лише в тих приміщеннях, для яких він призначений.

Профілактична дезінфекція проводиться в приміщеннях незалежно від наявності інфекційних захворювань з метою попередження накопичення і розповсюдження збудників хвороб. Для знезаражування повітря використовують ультрафіолетове випромінювання, провітрювання. Предмети обстановки, іграшки, підлогу і т.і. протирають (не рідше 2 раз на день) ганчіркою, змоченою 0,5—1 % розчином хлорного вапна або 0,2—1 % розчином хлораміну або іншими дезінфікуючими розчинами.

Вологе протирання меблів проводять щодня. Панелі миють або протирають вологою ганчіркою 1 раз на 3 дні. Верхні частини стін, стелі, плафони очищають від пилу 1 разів на тиждень, з такою ж частотою протирають віконні рами і двері. Дуже важливо щоденне вологе протирання радіаторів і труб центрального опалювання, оскільки існуючий пил може прогоріти, при цьому утворюється оксид вуглецю, що є неприпустимим. М'які речі (килими, порт'єри, покривала, ковдри) вибивають і витрушують на відкритому повітрі або чистять пирососом.

Правила стерилізації сосок і пляшок. Брудні соски ретельно миють спочатку в проточній воді, а потім теплою водою з содою (0,5 чайної ложки питної соди на стакан води), при цьому їх вивертають навиворіт. Потім соски кип'ятять протягом 10—15 хв. Стерилізація сосок проводиться раз на день, звичайно в нічний час. Проводить її палатна медична сестра. Чисті гумові соски зберігають сухими в закритому (скляному або емальованому) посуді з маркіровкою "Чисті соски". Чисті соски дістають стерильним пінцетом, а потім чисто вимитими руками надягають на пляшку. Використані соски збирають в посуд з маркіровкою "Брудні соски".

Стерилізація пляшок проводиться в буфетній. Спочатку пляшки обезжирюють в гарячій воді з гірчицею (50 г сухої гірчиці на 10 л води), потім миють за допомогою йоржа, промивають проточною водою зовні і зсередини (використовують пристрій у вигляді фонтанчиків для обполіскування пляшок) і обполіскують. Чисті пляшки шийкою вниз поміщають в металеві сітки, а коли стечуть залишки води, пляшки в сітках ставлять в сухожарову шафу на 50-60 хв (температура в шафі 120-150 °С).

Пляшки можна стерилізувати кип'яченням. Для цього їх поміщають в спеціальний посуд (бак, каструлю), заливають теплою водою і кип'ятять 10 хв. Зберігають стерильні пляшки з горловиною, закритими стерильними ватяно-марлевими тампонами, в окремо виділених для цього шафах.

Найбільш поширені дезінфікуючі розчини і способи їх приготування.

1. Хлорне вапно (гіпохлорид кальцію) є білим дрібним порошком з різким запахом хлора. Зберігають в сухій, захищеній від світла тарі. Використовують в сухому вигляді для знезараження виділень хворого.

Досить часто застосовується розчин хлорного вапна, який освітлювали. Розчини хлорвмісних речовин готують в дерев'яному, емальованому, фаянсовому або захищеному від корозії металевому посуді з кришкою, що закривається. Звичайно використовують 10 % і 20 % розчини. Розрахункову кількість хлорного вапна розмішують спочатку в невеликій кількості води до утворення рівномірної кашки, потім, продовжуючи помішувати, доливають воду до загального об'єму, знову перемішують до утворення однорідної суспензії і залишають під кришкою на 24 ч. Протягом перших 4 ч необхідно не менше 3 разів перемішувати суміш. Через 24 ч обережно, не збовтуючи осаду, освітленого розчин зливають. Для дезінфекції як правило використовують 0,2—1 % робочий розчин, виготовлений із вихідного розчину (на 10 л потрібно 200—1000 мл вихідного 10 % розчину, що був освітлений).



2. Хлорамін Б (N-хлорбензолсульфонамід натрію) — білий кристалічний порошок, що містить 25—29 % активного хлора. Для знезараження використовують 0,2—4 % розчин хлораміну. Готують 1 % розчин хлораміну Б, розмішуючи порошок в невеликій кількості гарячої води (50—60 °С), потім доводять розчин водою до потрібного об'єму. На 10 л води необхідно взяти 0,1 кг хлораміну. Термін зберігання готового розчину не більше 5 днів.

3. Мильно-содовий розчин 1—2 % готують таким чином, що додають у воду відповідну кількість господарського мила і бікарбонату натрію (сода). Для приготування 1 % розчину 0,1 кг господарського мила і 0,1 кг соди розводять в 10 л води. Розчин готують безпосередньо перед використанням.

Характеристика деяких ефективних сучасних дезінфікуючих засобів:

«Стериліум», «Октеніамін», «Бактолін базик» застосовується для хірургічної та гігієнічної антисептики рук медичного персоналу з метою профілактики гепатиту В, СНІДу.

«Йодобак», «Кутасепт-Г» - антисептичні препарати для шкіри, слизових оболонок, ран, опіків перед- та післяопераційної обробки операційного поля та інших випадках.

«Тералін (ТРН-5225)» - концентрат для вологого прибирання.

«Перформ» застосовується для обробки поверхонь предметів, особливо у приміщеннях, де знаходяться пацієнти з послабленим імунітетом та новонароджені.

«Гігасепт ФФ» використовують для дезінфекції та хімічної стерилізації ендоскопічного і реанімаційно-анестезіологічного обладнання.

«Лізетол АФ» застосовують для обробки медичних інструментів. У зв'язку з високою очищувальною властивістю препарату його використовують для одночасної дезінфекції виробів та передстерилізаційної очистки. Лізетол – єдиний засіб, який може розводити залишки крові, що засохли, слизу та інших біологічних рідин людини в дрібнокапілярних медичних виробках.

«Бодефен» використовують для дезінфекції та передстерилізаційної очистки термолабільних та термостабільних медичних інструментів, в тому числі гнучких ендоскопів.

«Мікробак форте» застосовують для дезінфекції та очистки поверхонь приміщень (стін, підлоги), медичного обладнання.

«Саніфект – 128» застосовується для дезінфекції та передстерилізаційної очистки виробів медичного призначення, профілактичної, поточної та заключної дезінфекції, генеральних прибирань, знезаражування поверхонь у приміщеннях, твердих меблів, медичних приладів та обладнання, білизни, посуду, предметів догляду за хворими.

Перераховані дезінфікуючі засоби далеко не повністю вичерпують список ефективних препаратів.

До заходів профілактичної дезінфекції відносять також миття рук з милом (необхідно здійснювати систематично як персоналу, так і хворим дітям), кип'ятіння води, дотримання санітарних правил при роздачі їжі.

Поточну дезінфекцію проводять для зниження інфікованості предметів обстановки, приміщень, що знаходяться біля джерела інфекції. Знезаражують всі виділення хворого і предмети до яких торкався хворий, особливо важлива поточна дезінфекція при кишкових інфекційних захворюваннях.

Існують механічні, фізичні і хімічні способи проведення дезінфекції. При механічному способі перуть білизну, миють руки, видаляють пил і бруд вологою ганчіркою. До фізичних способів відноситься кип'ятіння, ефективність якого зростає при додаванні у воду бікарбонату натрію (20 г на 1 л води), господарського мила (10-20 г на 1 л води). Застосовують також водяний пар, що знищує не лише мікроорганізми, але і спори. Хімічні способи дезінфекції є найпоширенішими і полягають в застосуванні різних дезінфікуючих розчинів.

Заклучно дезінфекцію проводять для повної ліквідації збудників захворювання в боксі, палаті, відділенні. Дезінфекції піддаються приміщення, предмети побуту, одяг. Найважливішим методом заключної дезінфекції приміщень є їх обробка з гідропульту сумішшю різних дезінфікуючих розчинів. Заклучною може бути і дезінфекція поверхонь предметів шляхом

протирання або миття їх. Деякі предмети (наприклад, м'які меблі, книги, взуття та ін.) слід дезінфікувати в дезінфекційних камерах.

### **6.Матеріали для самоконтролю:**

6.1. Питання для самоконтролю:

1. Назвіть основні елементи протиепідемічного режиму.
2. В чому полягає особиста гігієна персоналу дитячого закладу?
3. Як проводиться санітарна обробка хворої дитини?
4. Який інвентар необхідно мати для проведення вологого прибирання приміщення?
5. Назвіть основні санітарно-епідеміологічні накази які регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів.
6. Які дезінфікуючі розчини найбільш частіше використовують в дитячих закладах?
7. Як проводиться поточна та заключна дезінфекція?
8. Які існують основні засоби дезінфекції?

6.2. Задачі для самоконтролю:

2. Медична сестра зайшла в палату, щоб здійснити провітрювання приміщення. Перерахуйте послідовність її дій. В палаті знаходяться хворі на загальному та ліжковому режимі.
3. Хвора дитина 5 міс., що позбавлена батьківського піклування знаходиться на лікуванні у дитячій лікарні з діагнозом ГРВІ. Медичній сестрі необхідно нагодувати дитину молочною сумішшю. Які дії необхідно провести щоб підготувати пляшку та соску для годування дитини.

### **7. Основна література:**

1. Майданник В.Г., Дука К.Д., Бурлай В.Г. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. – Київ 2002. Знання України.
2. Майданник В.Г., Бурлай В.Г. Ваша дитина (догляд та виховання). - Київ 2004.-298 с.

### **Додаткова література:**

3. Токар А.В., Джемайло В.І. та ін. /Довідник для медичних сестер – Київ,- 2002.
4. Винникова С.П., Дыгало И.Н. и др. / Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-дону «Феникс» -2002.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

«Затверджено»  
на методичній нараді  
протокол № 10  
кафедри педіатрії №5  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ професор В.Д. Лукашук  
«\_05\_»\_січня\_\_ 2017р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ**

Навчальна дисципліна	Догляд за хворими
Модуль №	3
Змістовний модуль №	1
Тема заняття	Особливості гігієни дітей та догляд за ними в стаціонарі дитячої лікарні.
Курс	2
Факультет	ПЛ ЗСУ

## 1. Актуальність теми

Особливості гігієни дітей та догляд за ними в стаціонарі дитячої лікарні є актуальною проблемою педіатрії. Від правильно організованої роботи, ретельного виконання практичних навичок по догляду за хворою дитиною, дотримання особистої гігієни залежить перебіг захворювання, терміни одужання та подальшої реабілітації дитини.

## 2. Конкретні цілі:

- демонструвати володіння конкретними навичками догляду за дитиною в стаціонарі дитячої лікарні
- знати особливості гігієни дітей в залежності від статі і віку
- знати техніку проведення та використання лікувальних та гігієнічних ванн
- вміти доглядати за хворими з лихоманкою
- володіти технікою вимірювання температури тіла
- вміти перемінити натільну і постільну білизну, особливо у тяжкохворих
- знати основні види клізм, володіти методикою та правилами постановки клізм дітям різного віку
- вміти обробляти пуповинний залишок
- знати правила профілактики пліснявки та вміти обробляти ротову порожнину при пліснявці
- вміти використовувати вушні та очні краплі

## 3. Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Основи педагогіки. Основи психології	Застосувати знання про психологічне навантаження батьків хворої дитини. Вміти спілкуватися з ними.
Кафедра біології	Описати та визначити грибкову інфекцію(пліснявку)
Кафедра гігієни дітей та підлітків	Володіти навичками догляду за шкірою та слизовими дітей в дитячих стаціонарах
Кафедра фармакології	Вміти застосовувати очні та вушні краплі
Кафедри анатомії та нормальної фізіології	Знати будову та функцію ока, вуха, температуру тіла дитини

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1 Як доглядати за шкірою дитини до 1 року?
- 2 Як доглядати за ротовою порожниною, вухами, очима, носовими ходами дитини різного віку ?
- 3 Вкажіть особливості гігієни дівчаток
- 4 Опишіть призначення та техніку виконання лікувальних ванн.
- 5 Опишіть призначення та техніку виконання гігієнічних ванн.
- 6 Які особливості гігієни пацієнта дитячої лікарні.
- 7 Як сповивати дітей грудного віку?
- 8 Вкажіть особливості вимірювання температури тіла у дітей.
- 9 Як доглядати за хворими дітьми з лихоманкою?
- 10 Перерахуйте основні види клізм та їх призначення та техніку виконання.
- 11 Які методи профілактики та лікування пліснявки ви знаєте?
- 12 Як використовуються очні та вушні краплі?

#### 4.3. Практичні роботи ( завдання), які виконуються на занятті :

Практичні навички	Засоби навчання
Виміряти температуру тіла та зробити висновок про відповідність нормі та про тип температурної кривої	Термометр, температурний лист
Провести переміну натільної та постільної білизни хворому, що знаходиться на постільному режимі	Пелюшки, розпашонки, памперс
Підготувати необхідні засоби та продемонструвати на муляжі техніку догляду за очима, вухами, ротовою порожниною, пуповинним залишком	Муляж, ватні тампони, турунди, розчини
Приготувати необхідне обладнання для очисної клізми, продемонструвати методику її застосування	Муляж, набір гумових груш, кухоль Есмарха
Підготувати гігієнічну ванну для санітарної обробки хворого	Ванна, губка, мило, рушник

#### 5.Зміст теми:

##### *Особливості лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів.*

Для забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму в дитячій лікарні необхідно дотримуватися існуючих санітарних правил: дотримання принципу ізоляції окремих груп дітей при заповненні відділень, використовувати наявні приміщення за призначенням, створювати оптимальний повітряний потік в приміщеннях, суворо дотримуватися правил роботи харчоблоку; дотримувати правила прийому на роботу персоналу і забезпечувати своєчасне проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів; дітям і персоналу дотримувати правила особистої гігієни, мати засоби для проведення дезінфекційних заходів; здійснювати інженерно-технічний і санітарний благоустрій установи і ділянок землі, що йому належать.

Санітарно-гігієнічні норми передбачають виділення кожній дитині ліжка, застеленого чистою білизною, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. При необхідності дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального догляду (поїльник, кухоль), одяг. У відділення хворий бере із собою предмети особистої гігієни.

Для зберігання продуктів харчування в буфетній або їдальні повинен бути холодильник.

Кожному хворому не рідше 1 разу на 7-10 днів (при необхідності) проводиться гігієнічна ванна з повною зміною натільної і постільної білизни. Щодня здійснюється туалет дитини. Перед кожним прийманням їжі хворі обов'язково миють руки. Для тяжких і лежачих хворих умивання організовують біля ліжка.

##### *Особиста гігієна дітей залежно від статі і віку в стаціонарі дитячої лікарні.*

###### *Особливості гігієни дівчаток*

Діти повинні перебувати в чистоті, мати охайний вигляд. Персонал зобов'язаний причісувати дітей, стригти нігті, при необхідності допомагати одягатися. Діти дошкільного віку, що знаходяться на загальному режимі, повинні самостійно щодня вранці і ввечері вмиватися, чистити зуби, мити вуха. Після вмивання необхідно витирати руки та лице сухим рушником. У деяких дітей дошкільного, а нерідко і шкільного віку шкіра від частого миття і поганого витирання червоніє, стає сухою, вкривається тріщинами і садном. Щоб уникнути цього, потрібно навчити дітей правилам гігієни, в цілях профілактики шкіру на ніч рекомендувати мазати дитячим кремом.

При необхідності потрібно допомогти дитині правильно вибрати дитячу зубну пасту і пояснити, як правильно користуватися зубною щіткою.

Медичні сестри повинні допомагати хворим раннього і дошкільного віку. Наприклад, розчісувати дівчаткам довге волосся індивідуальним гребінцем, щодня вранці і увечері підмивати

зовнішні статеві органи теплою кип'яченою водою в напрямі спереду назад, до заднього проходу. Раз на тиждень перевіряють стан нігтів, раз в 7-10 днів організують гігієнічну ванну. Цього ж дня змінюють натільну і постільну білизну, одяг. При необхідності одяг і натільну білизну змінюють частіше.

#### Обробка ротової порожнини дитини при пліснявці.

Хвора дитина повинна споліскувати ротову порожнину після кожного прийому їжі, особливо при захворюваннях ротової порожнини (стоматит, ангіна, фарингіт). Раціонально полоскати рот 1,5% - 2,5% содовим або 1% сольовим розчином. З метою профілактики пліснявки усі предмети догляду за дитиною варто кип'ятити. Сосок грудей матері перед годуванням треба мити перевареною водою, після годування обробляти соски 1% розчином натрію гідрокарбонату та 1% розчином діамантового зеленого.

Для лікування пліснявки застосовують багаторазове (5-6 разів на добу) зрошування порожнини рота 2-5% розчином натрію гідрокарбонату, 10-20% розчином бури з гліцерином. У дитини грудного віку, якщо пліснявка погано піддається лікуванню доцільно застосовувати 2-3 рази на добу суспензію ністатину з гліцерином. Соску змочують у суспензії і дають дитині.

Догляд за очима. Спеціального догляду за очима не вимагається. Дитина промиває очі під час вранішнього і вечірнього туалету. Проте, якщо є виділення, що склеюють вії, очі промивають за допомогою стерильного ватного тампону, змоченого теплим міцним чаєм від зовнішнього кута до перенісся.

При захворюваннях очей по розпорядженню лікаря проводять закрапування крапель або втирання мазей. Перед процедурою медична сестра ретельно мие руки з милом і щіткою, протирає їх спиртом. Піпетку для закрапування крапель і лопатку для закладки мазі перед вживанням кип'ятять.

Для закрапування в очі в піпетку набирають лікарський засіб. Вказівним пальцем злегка відтягують нижню повіку, іншою рукою з піпетки повільно випускають одну краплю ( ближче до носа). Хворий при цьому повинен дивитися в протилежну сторону. Через деякий час закрапують другу краплю і просять дитину закрити очі. Після використання очну піпетку промивають теплою водою і кладуть в спеціальний футляр.

Очну мазь закладають за допомогою скляної лопатки. Для цього відтягують нижню повіку і на кон'юнктиву закладають мазь, очі просять закрити, обережними рухами пальців по повіці розтирають мазь.

Догляд за вухами. Під час щоденного вранішнього туалету, коли дитина вмивається, дитина повинна мити і вуха. При виявленні сірчаної пробки в зовнішньому слуховому проході її видаляють. Для цього у вухо закрапують декілька крапель 3% перекису водню або стерильного вазелінового масла, за допомогою ватної турунди обертальними рухами видаляють пробку. При закрапуванні крапель в ліве вухо голову хворого нахиляють до правого плеча. Лівою рукою відтягують мочку вуха, правою закрапують кілька крапель в слуховий прохід. Після цього у вухо закладають невеликий ватний тампон на декілька хвилин або пов'язують голову хустиною.

Догляд за порожниною носа. Якщо дитина самостійно не може звільнити ніс, то їй надає допомогу медична сестра – видаляє скориночки, що утворилися. Для цього в носові ходи поперемінно вводять ватну турунду, змочену вазеліновою олією (бажано стерильною), гліцерином або іншим масляним розчином. При цьому голову дитини закидають назад і через 2-3 хвилини обертальними рухами видаляють скориночки. Догляд за носом вимагає певного навичку і терпіння.

Догляд за нігтями. Для цього використовують маленькі ножиці з заокругленими браншами, щоб не поранити шкіру. Після закінчення стрижки ножиці обов'язково протирають ватою, змоченою спиртом або 0,5% розчином хлораміну.

Догляд за волоссям. Він полягає в митті голови, розчісуванні волосся, плетінні кіс і т.ін. Для розчісування волосся використовують лише індивідуальні гребінці. Причесати коротке волосся у хлопчиків звичайно не складно. Довге волосся у дівчаток необхідно розділити на окремі пасма, розчесати кожне окремо, при необхідності заплести коси. За наявності значної кількості лупи або забрудненого волосся використовують густий гребінець, змочений у розчині столового оцту. Голову миють дитячим милом або шампунем.

Гігієнічні та лікувальні ванни. Одним з найважливіших гігієнічних заходів є гігієнічна ванна. Дітям старше 1 року в стаціонарі їх проводять один раз на 7-10 днів, а дітей першого року життя купують щоденно ( якщо відсутні протипоказання).

Ванне приміщення повинно бути прозорим, світлим, чистим та теплим ( 25°C ). Під час прийняття ванни забороняється відкривати кватирки. В кожній ванні повинен бути дерев'яний настил, поверх якого кладуть пелюшку; пелюшку змінюють після кожного хворого.

Перед початком проведення купання ванну ретельно миють щіткою з милом та протирають 1% розчином хлораміну, потім ополіскують водою. Ванну наповнюють водою безпосередньо перед купанням, холодну та гарячу воду наливають по черзі. Заповнюють ванну водою на 1/2 або 2/3 - вода при зануренні дитини повинна досягати середньої третини грудної клітки та не закривати ділянку серця. Температуру води вимірюють спеціальним термометром.

Миють дитину фланелевою рукавичкою або індивідуальною губкою. Спочатку миють голову, потім тулуб і ноги, особливо ретельно протирають складки на шиї, в пахвинних і пахових областях.

Тривалість прийняття ванни для дітей другого року життя 8-10 хвилин, старше за 2 роки – 10-20 хв. Мило використовують тільки « Дитяче». Після купання дитину обливають теплою водою з душу або глечика ( температура води 36,5°C), завертають в простирадло. Шкіру після купання, особливо дітей першого року життя, ретельно промокають. При необхідності шкірні складки змащують дитячим кремом. Волосся витирають і на голову пов'язують хустинку.

При необхідності проведення гігієнічної ванни хворих, що знаходяться у важкому стані, їх миють у ванні, занурюючи і виймаючи з ванни на простирадлі.

Після купання дитину переодягають в чистий одяг. В день купання як правило проводиться зміна постільної білизни.

В медичній карті стаціонарного хворого робиться відмітка про проведення гігієнічної ванни.

Протипоказаннями до проведення медичних ванн є гіпертермія, деякі шкірні захворювання, важкий загальний стан, явища декомпенсації збоку окремих органів і систем організму.

*Лікувальна ванна.* Лікувальну ванну призначає лікар. Залежно від температури розрізняють наступні ванни:

- гарячі – температура води 40°C, але не більше 42°C;
- теплі - температура води 38°C (на 1° С вище температури тіла);
- Індиферентні – температура води 37° С ( рівна температурі тіла);
- Прохолодні - температура води 30-33°C;
- Холодні – температура води нижче 20°C.

Лікувальні ванни можуть бути з лікарськими речовинами та травами. Дітям призначають наступні ванни:

- 1) при захворюваннях органів дихання – гарячі і гірчичні: 100г гірчиці на 10 л води. Тривалість 3-7 хв. Починають з температури 36°C, потім температуру води підвищують. На голову кладуть холодний компрес;
- 2) при екземі – крохмальні: 100г крохмалю на 10 л води, температура 37°C. Має підсушуючу дію та зменшує відчуття свербіння;
  - з перманганатом калія, температура 37°C (додають 5% розчин перманганату калію до блідорожевого забарвлення води). Має дезинфікуючу та підсушуючу дію;
- 3) при рахіті, гіпотрофії - морські: 50-200 г морської солі на відро води. Призначають 2-3 рази на тиждень. Курс 15-20 ванн, температура першої ванни 36-36,5° С. Тривалість 3- 10 хвилин. Після кожних 2-3 ванн тривалість процедур збільшують на 1 хв. Після морської ванни дітей обмивають теплою водою, температура якої на 1°C нижче за початкову;
- 4)при функціональних розладах нервової системи – хвойні ванни: 2-3 мл хвойного екстракту на відро води; температура води 36 - 37°C. Тривалість 7-10 хв.

Під час проведення ванни медична сестра стежить за пульсом, диханням, кольором шкірних покривів.

Якщо дитина зблідла, скаржиться на запаморочення, то її терміново витягують з ванни, кладуть на кушетку, піднявши доверху ноги, дають понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом, розтирають скроні. В таких випадках необхідно терміново викликати лікаря.

*Догляд за дітьми з лихоманкою.* У дітей в порівнянні з дорослими підвищення температури тіла (гіпертермія) спостерігається частіше, що пов'язано з особливостями терморегуляції. Висока температура тіла (38° С та вище) супроводжується погіршенням стану дитини, появою сонливості, відмови від їжі.

Нормальна температура тіла, обміряна в пахвовій області у дитини старше року, або в стегновій складці у дитини до року, дорівнює 36-38° С. Температура в порожнині рота або у прямій кишці (ректальна температура) – на 1°С вище.

Температура тіла, обмірювана в пахвовій області і рівна 37-38°С, називається субфебрильною, 38-38,9°С – фебрильною, 39 – 40,5°С піретичною, вище 40,5°С – гіперпіретичною.

Лихоманка має три періоди:

Перший характеризується поступовим підвищенням температури тіла, лихоманкою, синюшністю губ та кінцівок, головним болем та поганим загальним самопочуттям. В цій стадії медична сестра повинна покласти грілку до ніг хворої дитини, напоїти міцним солодким чаєм, добре укутати та слідкувати за фізіологічними виправленнями.

Другий період – це період максимального підвищення температури, який характеризується зростанням інтоксикації, посилення головного болю, слабкості. Іноді можуть спостерігатися галюцинації, марево, судоми. Такого хворого не дозволяється залишати без нагляду, тому що він може впасти з ліжка, травмуватися. Необхідно забезпечити індивідуальний нагляд медичної сестри.

Третій період – період зниження температури тіла. Він може протікати по різному: критично, тобто швидко від високого до низького рівня, або літично, тобто поступово. При критичному зниженні температури у дитини спостерігається слабкість, з'являється рясний піт, кінцівки стають холодними, пульс ниткоподібним. Хвору дитину треба обкласти грілками, напоїти солодким чаєм, одягти в суху чисту білизну.

Поступове зниження температури супроводжується помірною слабкістю та зволоженням шкіри.

В період лихоманки необхідно частіше поїти дитину для поповнення втрати рідини. Напувають хворого перевареною водою, 5% розчином глюкози або солодким чаєм, фруктовими соками. Пити дають невеликими порціями, але часто.

Підвищення температури вище 37°С потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на кожний кілограм маси тіла дитини.

Харчування дітей з високою температурою повинно бути відповідним віку, але більш рідкої консистенції.

При сухості губ, появі тріщин слизової оболонки, губи змочують водою та змазують любим жиром (рослинною олією). При вимушеному положенні в ліжку, дитину треба частіше перевертати потягом доби, розправляти складки, при необхідності провести належний гігієнічний туалет.

Для надання допомоги при гіпертермічному синдромі необхідно підготувати наступні матеріали:

- суміш з оцту, спирту та води в пропорціях 1:1:1;
- міхур зі шматочками льоду або пляшечки, заповнені холодною водою;
- марлеві стерильні серветки;
- клізму;
- газовідвідну трубку.

Застосовуються при гіпертермії фізичні методи охолодження, для чого дитину роздягають і розтирають тіло (кінцівки, живіт, передню поверхню грудної клітини), сумішшю оцту, спирту та води в пропорції 1:1:1. До голови, на ділянку магістральних судин (в пах, пахви) короткочасно прикладають міхур зі шматочками льоду, або пляшечки, заповнені холодною водою. Можна використовувати вологий холодний компрес на голову. За призначенням лікаря медсестра може зробити ванну з температурою води 37° С, або охолоджуючу клізму (температура води 10-20°С).



Клізма з прохолодною водою (10 - 20°C). Її вводять через газовідвідну трубку по 20-150 мл на 2-5 хв. в залежності від віку. Кінець трубки затискають, потім через 2-5 хвилин відпускають, вода, яка не всмокталася видаляється. Процедуру виконують доти, доки температура тіла не знизиться до 37°C.

*Постановка очисної клізми дитині раннього віку*

Послідовність	Зміст	Примітки
Показання	Запальні процеси травного тракту, закреп; перед постановкою лікувальної клізми, уведенням газовідвідної трубки, інструментальними дослідженнями, напередодні операції	
Протипоказання	Гострі запальні процеси відхідника, шлунково-кишкова кровотеча, онкологічні захворювання прямої кишки	
Місце виконання	Дитяча лікарня, домашні умови	
Підготувати необхідне	Гумовий балончик із твердим або м'яким наконечником, лоток із водою температури 28—30 °С, вазелінове масло, церата, пелюшка, склянка з поділками, водний термометр, фартух, гумові рукавички, дезінфекційний розчин, серветки для дезінфекції	
Алгоритм виконання	<p>Вимийте руки, надягніть гумові рукавички, фартух.</p> <p>Сповивальний столик застеліть цератою, зверху — пелюшкою. Дитину покладіть на спину.</p> <p>Візьміть гумовий балончик. Витисніть повітря</p> <p>У гумовий балончик наберіть необхідну кількість рідини (Додаток 26), витисніть повітря, натискаючи великим пальцем на дно гумового балончика. Наконечник балончика змастіть вазеліновим маслом.</p> <p>Ніжки дитини підніміть угору, лівою рукою розведіть сідниці дитини, а правою обережно введіть у пряму кишку наконечник на глибину 3-4 см, спочатку в напрямку до пупка, а потім — паралельно куприку.</p> <p>Гумовий балончик повільно здавіть, уведіть рідину в пряму кишку.</p> <p>Наконечник гумового балончика повільно вийміть із прямої кишки, не розтискуючи пальці. Сідниці затисніть на декілька хвилин.</p> <p>Після акту дефекації дитину підмийте, шкіру відхідникової ділянки просушіть, проведіть профілактику попріlostей.</p>	<p>Дитину старшого віку покладіть на лівий бік з приведеними до живота нижніми кінцівками.</p> <p>Увага!</p> <p>Для дітей старшого віку застосовують гумовий балончик із твердим наконечником, для дітей грудного віку — з м'яким</p>
	<p>Пелюшку покладіть у бак для використаних пелюшок.</p> <p>Церату, гумовий балончик та фартух продезінфікуйте двічі з інтервалом у 15 хв.</p> <p>Гумові рукавички занурте в дезінфекційний розчин. Проведіть дезінфекцію гумового балончика</p>	
Заповнити медичну документацію	Про постановку очисної клізми зробіть відмітку в листку призначень	

Кількість рідини для постановки очисної клізми

Вік дитини	Кількість рідини
0 — 1 міс	30 мл
До 3 міс	50 мл
До 1 року	100 мл
Понад 1 рік	$100 + 100 \times (n - 1)$ де n — кількість років дитини,

Постановки лікувальної клізми

Послідовність	Зміст	Примітки
Показання	Запальні захворювання кишок, надання невідкладної допомоги при гіпертермічному синдромі та судомах	
Послідовність	Зміст	Примітки
Місце Виконання	Дитяча лікарня, домашні умови	
Підготувати необхідне	Гумовий м'який катетер або газовідвідна трубка, шприц, вазелінове масло, лікувальний розчин, фартух, гумові рукавички, дезінфекційний розчин, серветки для дезінфекції	
Алгоритм виконання	Вимийте руки, надягніть чисті гумові рукавички, фартух. Постеліть церату, пелюшку.	Лікувальну клізму проводьте через 30-40 хв після очисної клізми
	Дитину покладіть на спину або на правий бік, залежно від її віку. М'який гумовий катетер або газовідвідну трубку змастіть вазеліновим маслом. Ніжки дитини підніміть. Лівою рукою розведіть сідниці, а правою рукою повільними обертальними рухами введіть катетер у пряму кишку на глибину 10— 12 см. До катетера або газовідвідної трубки під'єднайте шприц із теплим лікувальним розчином (Додаток 29), який повільно, під невеликим тиском уведіть у пряму кишку. Від'єднайте шприц. Наберіть невелику кількість повітря (1,0—1,5) в шприц і проштовхніть залишок рідини в катетері в пряму кишку. Лівою рукою затисніть гумовий катетер біля сідниць, від'єднайте шприц, після чого катетер вийміть із прямої кишки. Сідниці дитини затисніть на 20—30 хв. Гумовий катетер, шприц, рукавички, фартух, сповивальний столик продезінфікуйте	Температура лікувального розчину - 37-38 °С. У домашніх умовах лікувальні засоби можна вводити за допомогою гумового балончика.
Заповнити медичну документацію	Про постановку лікувальної клізми зробіть відмітку в листку призначень	

Лікувальні клізми бувають місцевої та загальної дії. Перші застосовують для зменшення запального процесу в товстій кишці, а другі - для введення в організм лікарських засобів, які всмоктуються через гемороїдальні вени.

До клізм місцевої дії належать олійні, крохмальні, з відварами трав, які справляють протизапальну та обволікаючу дію.

Для лікувальної клізми загальної дії найчастіше використовують антипіретики, знеболювальні та седативні препарати.

Кількість рідини для лікувальної клізми залежить від віку дитини та механізму дії.

Кількість лікувального розчину для постановки лікувальної клізми

Вік дитини	Кількість рідини	
	Для клізми місцевої дії	Для клізми загальної дії
0—1 міс	10-20 мл	2—3 мл
1-12 міс	25-30 мл	5 мл
Понад 1 рік	30-50 мл	10 мл

#### *Догляд за пуповинним залишком*

Згідно наказу МОЗ України №152 від 04.04.2005 р. Догляд за пуповинним залишком виконують в пологовій залі (перетинання та клемування пуповини).

Змінити використані рукавички на стерильні перед тим, як накласти стерильні затискачі на пуповину приблизно через 1 хвилину після народження дитини. Перерізати пуповину стерильними ножицями. Через 2 години після народження дитини на пеленальному столі накласти стерильну одноразову клеми на 0.3 – 0.5 см від пуповинного кільця. Обробка культі пуповини антисептиками, антибіотиками недоцільна.

Догляд за пуповинним залишком.

Обов'язкове та ретельне миття рук медперсоналом та матерями. Пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузниками [А]. Нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини «шкіра-до-шкіри» з подальшим спільним перебуванням [А]. За умови відсутності раннього контакту „шкіра-до-шкіри” матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчином брилиантової зелені [В]. Одяг дитини повинен бути чистим. При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою. Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим. Стежити за імовірними ознаками інфекції.

Догляд за пуповинним залишком (пупковою ранкою) після виписки з пологового стаціонару.

Дитину можна виписувати до дому з пуповинним залишком, який не має ознак інфекції, при умові проведення медичним персоналом пологового стаціонару навчання та освоєння матір'ю навичок догляду за пуповинним залишком. Необхідно підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухою та чистою. Не накривати пуповинний залишок (пупкову ранку) підгузками. До загоєння пупкової ранки купати дитину у кип'яченій воді. Ретельно стежити за ймовірними ознаками інфекції.

## **6. Матеріали для контролю:**

### **6.1. Питання для самоконтролю:**

1. В чому полягає особиста гігієна дітей в педіатричному стаціонарі?
2. Як проводиться санітарна обробка хворої дитини?
3. Санітарна обробка хворих дітей.
4. Види гарячок.

### **6.2. Практичні завдання:**

1. Догляд за дітьми при лихоманці.
2. Проведення обробки предметів догляду за дитиною після використання.
3. Проведення гігієнічної ванни та лікувальних ван.
4. Постановка очисної та лікувальної клізм.
5. Догляд за пуповинним залишком.

### 6.3. Тестові завдання:

1. Дитяча медична сестра, навчає матір новонародженої дитини щодо догляду за пуповинним залишком (пупковою ранкою) Виберіть найбільш доцільну рекомендацію:
  - A Підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухим та чистим
  - B Накривати пуповинний залишок (пупкову ранку) підгузками
  - C Обробляти пуповинний залишок (пупкову ранку) 1% р-м діамантового зеленого
  - D Накладати стерильну пов'язку
  - E Обробляти пуповинний залишок (пупкову ранку) 96° розчином спирту етилового
2. З метою підготовки до рентгенологічного дослідження кишечника пацієнту призначена очисна клізма. Яке положення треба надати пацієнту при проведенні очисної клізми?
  - A. На лівому боці, ноги зігнуті у колінних суглобах та привести до живота
  - B. На правому боці, ноги зігнуті у колінах
  - C. На спині
  - D. На животі
  - E. Напівлежачи
3. За температурою води ванни бувають:
  - A. гарячі
  - B. теплі
  - C. індиферентні
  - D. холодні
  - E. все перераховане

### Задача 1

- У дитини 1 місяць при огляді ротовою порожнини на слизовій оболонці виявлено пліснявку. Які рекомендації щодо лікування необхідно дати?
- A. сосок грудей матері перед годуванням мити перевареною водою
  - B. сосок грудей матері обробляти після годування 1 % розчином діамантового зеленого
  - C. зрошувати порожнину рота дитини 5- 6 разів на добу
  - D. усі предмети догляду за дитиною кип'ятити
  - E. все перераховане

### 7. Основна література:

1. Майданник В.Г., Дука К.Д., Бурлай В.Г. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. – Київ 2002. Знання України.
2. Майданник В.Г., Бурлай В.Г. Ваша дитина (догляд та виховання). - Київ 2004.-298 с.
3. Марушко Ю.В. Маніпуляції в педіатрії (показання та техніка виконання): навчальний посібник (третє видання, доповнене) / Ю.В. Марушко, Т.В. Гишак, Ю.І. Тодика. – Київ., 2013. – 132 с.

### Додаткова література:

4. Токар А.В., Джемайло В.І. та ін. /Довідник для медичних сестер – Київ,- 2002.
5. Винникова С.П., Дыгало И.Н. и др. / Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-дону «Феникс» -2002.