# Лекція

# Типи ЛПЗ. Лікувально - охоронний режим. Безпечне лікарняне середовище.

# *Типии ЛПЗ. Лікувально - охоронний режим. Безпечне лікувальне середовище.*

План.

1. Первинна медико - санітарна допомога( сімейний лікар, поліклініка, медико - санітарна частина, лікарські медпункти, фельширсько - акушерські пункти, жіночі консультації, станції швидкої медичної допомоги).
2. Вторинна медико - санітарна допомога (багатопрофельні міські об'єднанні лікарні).
3. Третинна медико -санітарна допомога ( багатопрофільні та спеціалізовані лікарні, спеціалізовані диспансери ).
4. Лікувально - охоронний режим та його елементи.
5. Режими рухової активності хворого.

Організацію медичної допомоги можна розглядати як медико - санітарну допомогу. Медико - санітарна допомога сьогодні надається на трьох рівнях: первинному, вторинному ( спеціалізовану ) і третинному ( висококваліфіковану.) Первинно медико - санітарна допомога є основною найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я людини. Вона надається переважно за територіальним принципом, тобто медичний працівник обслуговує певну кількість людей, що проживають на закріпленій за ним території.

В « Основах законодавства України про охорону здоров'я »первинна медико - санітарна допомога трактується як основна частина медико = санітарної допомоги громадянам, яка передбачає: консультацію лікаря, діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь; профілактичні заходи;наиравлення пацієнта на надання спеціалізованої і висококваліфікованої медичної допомоги.

**За ВООЗ первинна медико - санітарна допомога - це така допомогав яку входить основна лікувальна допомога - проста діагностика та лікування, направлення у складних випадках на консультацію на більш високий рівень, профілактична допомога та основні санітарно- освітні заходи.**

У розвинутих країнах світу основними працівниками первинної медико - санітарної допомоги є сімейний лікар та медична сестра.

***Переваги сімейної медицини:***

1. Сімейний лікар уособив всю відповідальність за здоров'я кожної родини. У своїх руках він зосередив до 90 % всієї необхідної медичної допомоги, яку здійснює разом із медичною сестрою високої кваліфікації.
2. Інститут сімейного лікаря виявився найбільш вдалою організованою формою, яка забезпечила економічну ефективність усієї системи охорони здоров'я.

Сімейний лікар вільно обирається своїми пацієнтами. Він разом з медичною сестрою надає медичну допомогу цілодобово.

Основні розділи роботи медичної сестри сімейного лікаря:

1. Профілактична робота. Спостерігаючи за усіма членами родини, медична сестра під керівництвом лікаря:

• визначає фактори ризику хронічних захворювань;

- проводить профілактичні обстеження на предмет раннього виявлення захворювань (артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, тощо).

2. Лікувально - діагностична робота:

- готує хворих до проведення найрізноманітніших діагностичних обстежень;
- виконує лабораторні та клінічні дослідження;
- допомагає лікарю в проведенні діагностичних обстежень.

3. Санітарно - освітня робота. Проводить бесіди стосовно дотримання своїм підлеглими здорового способу життя, шкідливого впливу на організм куріння,

зловживання алкогольними напоями тощо.

У більшості країн родинна медицина має автономний статус. Вона контролюється не місцевими органами влади а самим пацієнт, який його вільно обирає.

В Україні в містах первинна медична допомога дорослим надається у поліклініці.

Поліклініка — ЛПЗ в якій можна дістати кваліфіковану медичну допомогу в різних спеціалістів. Поліклініки мають усе необхідне обладнання для розпізнання хвороб та лікування. Водночас вони є місцем студентської практики і наукових досліджень. Організовує лікуваально - профілактичну роботу на дільниці, керуючи медичними сестрами і залучаючи спеціалістів різного профілю,

Територія, яку обслуговує поліклініка, розділенні на терапевтичні дільниці. Середня кількість мешканців на такій дільниці - 1700 осіб.

Від лікаря вимагається швидкість орієнтування, чіткість і організованість, тому що він має прийняти 4 -5 чоловік за годину: встановити характер їх захворювання, призначити лікування, провести бесіду про призначені режим і лікування, відповісти на всі зауваження. За цей час лікар повинен призначити необхідне обстеження, порадитися з спеціалістами, розв'язати питання про працездатність хворого і записати всі відомості в амбулаторну карту дільнича медсестра повинна активно допомагати лікареві під час приймання хворих, звільняючи його від нескладних обов'язків, щоб він міг зосередити всю свою увагу на хворому.

*Робота медичних сестер в полікпініиі:*

Медичні сестри в поліклініці працюють у різних спеціалізованих кабінетах, а також допомагають лікарям у їхній роботі:

- виконує лікувальні та діагностичні призначення лікаря в поліклініці та вдома;
- проводить профілактичні заходи серед населення;
- бере участь в амбулаторному прийомі хворих;
- готує інструменти, медичні картки амбулаторних хворих, бланки;
- слідкує за результатами лабораторних та інших досліджень;
- регулює прийом хворих залежно від черговості та стану хворого;
- вимірює артеріальний тиск;
- проводить термометрію та інші медичні маніпуляції;
- видає талон на повторне відвідування;
- заповнює диспансерну карту на перших виявлених хворих;
- проводить профілактичні щеплення.

Первинна медико - санітарна допомога робітникам і службовцям промислових підприємств надається сіткою медичних закладів, в районі діяльності яких проживають працівники, а також спеціалістами закладами - медико - санітарними частинами і пунктами охорони здоров'я ( лікарськими і фельдшерськими ). Ці спеціальні заклади розміщенні на самій території підприємств, або неподалік від них.

*Лікарські пункти* організовуються на підприємствах з кількістю робітник 1000 і більше, *фельдшерські* - з кількістю працюючих до 1000.

Основне завдання пунктів охорони здоров'я - надання першої допомоги при нещасних випадках і травмах, раптових захворюваннях, проведення профілактичної роботи в цехах.

Медико - санітарна частина - комплексний лікувальний заклад до склау якого входять: поліклініка, стаціонар, цехові пункти охорони здоров'я, подекуди - профілакторії, дієтичні їдальні, тощо.

Відповідно до основних завдань, медико - санітарної частини здійснює:

- кваліфіковану лікувальну - профілактичну допомогу ;
- диспансерне спостереження за хворими та здоровими;
- експертизу тимчасової непрацездатності;
- комплекс заходів з метою реабілітації хворих та інвалідів , включаючи рекомендації про переведення на іншу роботу;
- санітарно - освітню роботу і рекомендації щодо раціонального режиму праці

та відпочинку, пропаганду здорового способу життя.

Особливу увагу медико санітарна частинна повинна приділятися профілактиці травматизму. Це питання вирізняється своєю актуальністю в наш час, в період загальної кризи економіки України, коли більшість виробництв простоює, а виробничий травматизм зростає. Це пояснюється, насамперед, тим, що служба техніки безпеки на виробництві зазнала суттєвих скорочень, технічне обладнання на підприємствах, як правило застаріле, несправне, мають місце погіршення дисципліни, зловживання алкоголем, нехтування захисними засобами та елементарними правилами техніки безпеки.

У сільській **лікарській амбулаторії** первинну медичну допомогу надають як правило, такі фахівці: терапевт, педіатр, стоматолог. З кожним спеціалістом працює медична сестра яка виконує призначення лікаря як в поліклініці так і вдома, регулює прийом хворих дорослих і дітей, надає першу медичну допомогу, проводить санітарно - протиепідемічну та санітарно - освітню роботу серед сільських мешканців.

Фельшерсько - акушерські пункти ( ФАП Організовуються в селах з кількістю жителів 700 і більше. На ФАПах залежно від кількості мешканців, що обслуговується, можуть працювати тільки фельдшер і санітарка; фельдшер і санітарка або фельдшер, акушерка, патронажна медсестра і санітарка. Основна функція ФАЛ - профілактична робота. На нього такі функції:

- надання мешканцям до лікарської медичної допомоги;
- в повному об’ємі своєчасне виконання призначень лікаря;
- організація патронажу дітей та вагітних жінок;
- проведення, згідно з планом, профілактичних щеплень;
- санітарно - освітня робота.

Первинну медико- санітарну допомогу жінкам у містах надають жіночі консультації або гінекологічні кабінети, що входять до складу поліклініки та медико - санітарної частини.

**Жіноча - консультація** - лікувально - профілактичний заклад диспансерного типу. Основними завданнями жіночої консультації є :

- проведення профілактичних закладів, спрямованих на запобігання ускладненням вагітності, пологів, гінекологічних захворювань;
- формування здорового способу життя;
- надання лікувальної допомоги жінкам під час вагітності і пологів, гінекологічним хворим;
- зниження материнської смертності й перинатальної смерті;
- проведення санітарно - освітньої роботи;
- вивчення умов праці й побуту жінок.

Жіноча консультація працює згідно з дільничо - територіальним принципом. Первинна медико -- санітарна допомога не обмежується дільничною службою. Вона включає також і **службу швидкої медичної допомоги.** Швидка медична допомога надається станціями швидкої медичної допомоги та аналогічними відділеннями центральних районних лікарень у сільський місцевості. У завдання станцій швидкої медичної допомоги входить надання цілодобової невідкладної допомоги під час нещасних випадків , травм, отруєнь, раптових захворювань та станів, що загрожують життю, а також перевезення хворих у стаціонари, згідно із заявами лікарів.

Виклик бригади швидкої медичної допомоги здійснюється за єдиним номером « 03 ». бригади *швидкої* медичної допомоги бувають загально лінійні, спеціалізовані, й бригади для перевезення хворих. СпСтанції швидкої медичної допомоги оснащенні спеціальним транспортом, який обладнаний лікувально - діагностичною апаратурою для термінової діагностики і лікування станів, загрозливих для життя, проведення штучного дихання, переливання крові, електрокардіографії, дефібриляції і електростимуляції діяльності серця.

У великих містах станції швидкої допомоги об’єднана з лікарнею швидкої допомоги з метою створення цілісного лікувально - профілактичного закладу для

надання до госпітальної і госпітальної швидкої медичної допомоги.

**Вторинна медична допомога.**

**За визначенням ВООЗ, цей рівень медичної допомоги потребує обслуговування особливого характеру, вторинна медична допомога більш складні ніж допомога, яку надає лікар загальної практики; вона включає допомогу, яка надається спеціалізованими службами за направленням первинних ланок медичної служби.**

Вторинну медичну допомогу забезпечують у містах, головним чином, багато профільні міські об'єднанні лікарні та медико - санітарні частини, у селах - центральні районні лікарні, інколи на цьому рівні трапляються деякі спеціалізовані диспансери проти туберкульозний, онкологічний.

У багато **профільній міській лікарні** виділяють такі структурні підрозділи: амбулаторно - поліклінічний, стаціонар, лікувально - допоміжний підрозділ, господарська служба.

**Амбулаторно - поліклінічний** підрозділ вважається провідним у системі вторинної медичної допомоги. Сюди щорічно звертається більше більшість мешканців цієї території, яку обслуговує певний заклад. До 75% відвідувачів цього підрозділу проходять тут повністю діагностик)', лікування та реабілітацію, четверта частина відвідувачів направляється для обстеження та лікування в стаціонар.

**Стаціонар.** Складається із прийомного відділення , та спеціально лікувальних відділень. Лікування хворих у стаціонарі ведуть лікарі - ординатори. За існуючими сьогодні нормативами на 1 посаду лікаря припадає пересічно 25 ліжок. Кожне спеціалізоване відділення очолює його завідувач.

Основним помічником заввідділення є старша медсестра, яка призначається із числа найбільш досвідчених і кваліфікованих медичних сестер.

Результати лікування хворих у стаціонарі значною мірою залежить від якості догляду за ними. Безпосередньо він здійснюється підготовленими медичними сестрами, які працюють у відділеннях, як правило, за змінним графіком. У середньому для обслуговування 20- 25 хворих потрібно 5 медичних сестер. Щоденно, спілкуючись з лікарями, медичні сестри оцінюють зміни у стані хворих, отримують вказівки лікарів у випадках, що потребують індивідуального догляду.

*Основні напрямки роботи палатної медичної сестри такі:*

І. Створення сприятливих **умов** для **хворих.**

Ці умови для стаціонарних хворих визначаються в основному матеріально - технічною базою лікарні. Однак від палатної медичної сестри багато в чому залежить, якими будуть ці умови. Зокрема від палатної сестри багато в чому залежить, якими будуть ці умови. Зокрема, вона може запропонувати раціональне використання палат, розміщення лікарняного інструментарію та меблів, передбачити створення затишку у відділеннях, безумовно, з дотриманням необхідних санітарно - гігієнічних вимог.

ІІ. Догляд за спостереження за хворими:

- створення і підтримання належного санітарно - гігієнічного середовища в палаті;
- догляд за тяжкохворими та надання їм необхідної допомоги;
- вимірювання температури тіла та занесення результатів до температурного листа;
- підрахунок чистоти дихальних рухів, частоти серцевих скорочень;
- вимірювання діурезу;
- збирання матеріалів для аналізів, згідно призначення лікаря; складання порційної вимоги;
- контроль за отримання хворими призначеної дієти;
- підготовка до відвідування ними діагностичних та лікувальних кабінетів;
- прийняття хворих на лікування;

- ознайомлення пацієнтів з правилами внутрішнього розпорядку і особистої гігієни;
- ретельне виконання призначень лікаря.

**Господарська служба** забезпечує опалення, освітлення, службу зв'язку, проведення ремонтних робіт, прання білизни, транспортне обслуговування, постачання гарячої води, інвентарю, продуктів харчування.

**Третинна медична допомога.**

**За ВООЗ - це така допомога, що потребує висококваліфікованого обслуговування, яка, як правило, може бути надана лише в спеціально обладнаних з цією метою центрах та лікарнях, що пройшли відповідну спеціалізацію до центрів третинної допомоги в Україні тепер належать обласні медичні заклади - багато профільні та спеціалізовані центри медичної допомоги державного рівня.**

Ці заклади відрізняються дещо кращими матеріально — технічними забезпеченням, складністю структури та функцій.

*Функції третинної медичної допомоги:*

1. надання хворим висококваліфікованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги;
2. Організаційно - методичне керівництво закладами вторинного рівня.

Структура обласної багатопрофільної лікарні деякою мірою подібна до об'єднаної міської та центральної районної лікарень. Але й існують деякі особливості.

Поліклінічні заклади третинної медико - санітарної ланки надають консультативну допомогу. Вони приймають пацієнтів за направленнями лікарів вторинного рівня та рідше первинного рівня медичної допомоги.,

У стаціонарах обласних лікарень та диспансерів спеціалізація відділень також глибша порівняно з вторинним рівнем, зокрема функціонують такі відділення: торокальне, судинна хірургія, урологічне, гематологічне, ендокринологічне тощо бази третього рівня є клініками медичних вузів. Але вершинні досягнення медичної науки, як от пересадка органів та систем, операції на

*Основні завдання диспансерів:*

- виявлення хворих на ранніх стадіях захворювань;
- обстеження і лікування виявлених хворих;
- активне динамічне спостереження та профілактика захворювань;
- проведення оздоровчих заходів;
- організаційно - методична та санітарно - освітня робота;
- розробка заходів для оздоровлення умов праці й побуту.

Лікувально-охоронний режим — це система лікувальних та профілактичних заходів, які усувають або обмежують несприятливий вплив подразників, що можуть зустрітися в умовах лікарні, оберігають психіку хворого, позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню.

Хвороба порушує нормальну взаємодію людини і середовища, що її оточує. У міцному загартованому організмі хвороба розвивається рідше, а якщо й виникає, то перебіг її легший і швидше настає одужання. Хворобливий процес охоплює один який-небудь орган людини, але оскільки в організмі всі органи тісно пов'язані між собою, то порушення життєдіяльності одного з них негативно позначається на організмі в цілому. З цього положення випливає важливий висновок: для того, щоб хворий одужав, необхідно впливати на весь його організм, особливо на центральну нервову систему, яка регулює всі взаємозв'язані життєві процеси в організмі.

Основою лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня, який забезпечує фізичний і психічний спокій хворого який наведено в таблиці.

Таблиця. Розпорядок дня хворих і обов'язки медичної сестри

| Години | Розпорядок дня хворих | Обов'язки медичної сестри |
|---|---|---|
| 7.00 | Підйом | Вмикає світло в палатах |
| 7.05—7.30 | Термометрія | Роздає термометри, стежить за правильністю вимірювання температури тіла, робить записи в |
| 7.30—8.00 | Ранковий туалет хворих | Допомагає важкохворим провести гігієнічні процедури (догляд за шкірою, порож-ниною рота, носа, вухами, волоссям, природними складками); відправляє біологічний матеріал (сечу, кал, харкотиння) в лабораторію |
| 8.00—8.30 | Приймання ліків | Роздає призначені хворим ліки і стежить за їх прийманням |
| 8.30—9.00 | Сніданок | Допомагає буфетниці роздавати їжу, годує важкохворих |
| 9.00—10.00 | Лікарський обхід | Бере участь в обході, записує призначення лікаря |
| 10.00—13.00 | Виконання призначень | Готує хворих до обстежень, супроводжує їх у діагностичні кабінети, доглядає за важкохворими, виконує всі лікарські призначення (ін’єкції, компреси, зондування тощо) |
| 13.00—13.30 | Приймання ліків | Роздає призначені хворим ліки і стежить за їх прийманням |
| 13.30—14.30 | Обід | Допомагає роздавати їжу, годує важкохворих |
| 14.30—16.30 | Післяобідній відпочинок | Стежить за порядком у відділенні, за станом важкохворих |

| | | |
|---|---|---|
| 16.30-17.00 | Термометрія | Роздає термометри, стежить за правильністю термометрії, записує результати у температурні листки |
| 17.00—19.00 | Відвідування хворих родичами | Стежить за порядком у відділенні, контролює вміст передач з продуктами |
| 19.00 - 20.00 | Вечеря | Допомагає роздати їжу, годує тяжкохворих |
| 20.00-21.00 | Виконання вечірніх призначень | Г отує хворих до рентгенологічного, ендоскопічного досліджень на наступний день, ставить клізми, банки, накладає гірчичники, зігрівальні компреси, робить ін’єкції |
| 21.00-22.00 | Вечірній туалет | Підмиває тяжкохворих, перестеляє ліжко, обробляє ротову порожнину, проводить туалет носа, вух, провітрює палати |
| 22.00-23.00 | Відхід до сну | Вимикає світло у палатах, вкриває хворих, слідкує, щоб було тихо у відділенні та палаах |

Необхідно вимагати від хворих дотримання розпорядку дня у відділенні і самим його не порушувати, вчасно вимикати телевізор, не будити хворих раніше встановленого часу (за винятком випадків, коли це необхідно для досліджень). Зміна персоналу, прибирання палат, термометрія мають проводитися після 7 год. ранку.

Сприятливо впливає на психіку хворого добрий санітарний стан у відділенні, затишна обстановка в палатах, коридорах (зручні меблі, чиста білизна, кімнатні рослини).

Турбуючись про чистоту палат і хворих, медичні сестри повинні самі бути охайними, чисто та акуратно одягненими і виконувати всі вимоги особистої гігієни, не зловживати косметикою, носити чисті халат і шапочку. Волосся на голові має бути сховане під білою шапочкою або косинкою. Руки необхідно мити щіткою з милом, нігті коротко стригти. Медичним сестрам не слід носити персні на пальцях, оскільки під ними скупчуються численні мікроорганізми, в тому числі й патогенні. Взуття має бути м'яким, щоб не створювати шуму і стуку при ходьбі. Особа, яка доглядає хворого повинна бути завжди підтягнутою, спокійною, стриманою, терплячою і в той же час вимогливою до виконання всіх призначень лікаря.

Являючись взірцем чистоти та охайності, медична сестра не повинна бути гидливою і відмовлятися від маніпуляцій, що пов'язані з неприємними відчуттями.

Важливо запобігати негативним емоціям, що виникають через вигляд предметів лікарняного догляду (брудні бинти, невимите судно, шприци тощо). Доглядаючи за важкохворим під час фізіологічних відправлень, його слід відгородити ширмою.

Медична сестра повинна сприяти зменшенню негативного впливу шумів на психічний стан хворого. Тиха спокійна розмова медичного персоналу між собою та з хворими, дотримання основних принципів медичної етики та деонтології поліпшують настрій хворого, допомагають йому швидше одужати.

Слід пам'ятати, що тривога хворого за своє життя, зміна життєвої ситуації, відчуття залежності від навколишніх, необхідність відмови від попередніх звичок справляють травмуючий вплив на його, психіку. Тому не варто надмірно драматизувати ситуацію, виявляти надмірне піклування про хворого. .Треба створити навколо хворого сприятливий емоційний клімат з оптимістичним настроєм. Дуже важливо пробудити волю хворого до одужання і бажання брати

активну участь у процесі відновлення свого здоров'я. В той же час не слід створювати фальшивих, необгрунтованих ілюзій і райдужних перспектив, якщо мова йде про невиліковне захворювання. Треба оберігати хворого від частих, тривалих і втомлюючих відвідин родичів, знайомих і товаришів по роботі. Відвідувачі нерідко своєю поведінкою порушують встановлений для хворого лікувальний режим. Часто невміло висловлюючи свої співчуття чи наводячи приклади тяжких наслідків при подібних захворюваннях, вони вселяють у хворих неспокій і хвилювання.

Особи, які доглядають хворих, повинні забезпечити їм душевний спокій. Хворих треба оберігати від різних звісток, які можуть схвилювати, викликати збудження або пригнічення нервової системи. Всіма доступними засобами слід підтримувати у хворих бадьорий настрій, відволікати їх від думок про захворювання.

Для відпочинку хворих у лікарні обладнують окрему кімнату або частину коридора, де розміщують крісла, журнальний столик з журналами, газетами, стенди, телевізор. .Тут ходячі хворі можуть зустрічатися з відвідувачами. У вільний час хворі можуть читати, плести, вишивати. У теплу пору року з дозволу лікаря хворі можуть деякий час проводити на свіжому повітрі. Для цього територія лікарні має бути впорядкованою та озелененою.

Природною потребою кожного живого організму, тим більше хворого, є повноцінний сон. Сон відновлює захисні сили нервової системи і організму в цілому. Хворі мають лягати спати в один і той самий час, тоді в них виробиться звичка швидко засинати. Будити хворих для приймання або введення ліків можна лише за вказівкою лікаря. При безсонні перед сном добре прийняти теплу ніжну ванну, в яку кожні 2 хв. підливають трохи гарячої води. В домашніх умовах можна застосувати теплу (35—36°С) загальну ванну. Снотворні засоби можна приймати лише за призначенням лікаря.

Психіка хворих зазнає значного травмування на всіх етапах лікування, починаючи від поліклініки і закінчуючи палатами стаціонару. Медичні працівники повинні пам'ятати про шкоду, якої може завдати організму хворого психічна травма, і запобігати їй. У поліклініці, на амбулаторному прийомі недопустимо повідомляти хворого про злоякісну пухлину, виявлену у нього, чи про запущений стан хвороби. Об'єктивна довідка з точним діагнозом може бути видана родичам і медпрацівникам для передачі її в стаціонар або переслана туди поштою. У стаціонарі хворі не повинні мати доступу до медичної документації. При наявності у них злоякісних пухлин використовують інші формулювання діагнозу, такі як «новоутворення», «виразковий інфільтрат» тощо. Важкі порушення психіки хворого можуть спричинити необережні розмови медичних сестер і санітарок. Позитивний вплив на настрій хворого має неофіційне відвідування палати лікарем або сестрою з дружньою розмовою.

Особливого підходу потребують хворі, які протягом багатьох років страждають на різні хронічні захворювання. Вони, як правило, не потребують активного лікування і повсякденного лікарського спостереження. Такі хворі краще почуваються в спокійній звичній домашній обстановці за умови, якщо родичі можуть створити їм сприятливі побутові умови з дотриманням гігієнічних вимог і виконанням розпоряджень лікаря щодо лікування, харчування і догляду.

Створення і забезпечення лікувально-охоронного режиму в стаціонар входить в обов'язки всього медичного персоналу: лікарів, медичних сестер, лаборантів, санітарок.

**Лікувально-охоронний режим стаціонару включає наступні елементи:**

1) забезпечення режиму бережливість психіки хворого;
2) строге дотримання правил внутрішнього розпорядку дня;
3) забезпечення режиму раціональної фізичної (рухової') активності.

Немаловажливим елементом лікувально-охоронного режиму є **раціональне обмеження фізичної (рухової) активності хворих. У першу чергу** це відноситься до тяжкохворих, страждаючим такими захворюваннями, як гострий інфаркт міокарда, гіпертонічний криз, хронічна недостатність кровообігу й ін. У

подібних випадках навіть невелике збільшення рухової активності може привести до різкого підвищення функціонального навантаження на той або інший орган або систему (серце, головний мозок, печінка) і викликати розвиток важких, іноді необоротних змін у них. Це у свою чергу може привести до погіршення загального стану хворого, розвиткові важких ускладнень, а іноді і до смерті.
В усіх таких випадках лікар призначає хворому режим з великим або меншим обмеженням фізичної активності.

**У лікувальних установах використовують також 4 режими фізичної (рухової) активності хворих:**

1) суворо постільний режим;
2) постільний режим;
3) палатний режим;
4) загальний режим.

Суворо постільний режим звичайно призначають хворим на самому початку важких гострих захворювань (гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія й ін.) Хворому категорично забороняється не тільки вставати, але і сідати, а в деяких випадках навіть самостійно повертатися в постелі. Усі санітарно гігієнічні заходи (санітарна обробка хворого, заміна білизни, подача судна і сечоприйомника), а також годування здійснюються тільки за допомогою медичної сестри. Особливо обережними й акуратними повинні бути дії медичного персоналу при транспортуванні таких хворих і виконанні лікувальних і діагностичних маніпуляцій. Тривалість строгого постільного режиму встановлює лікар кожному хворому індивідуально, у залежності від особливостей плину його захворювання.

При поліпшенні загального стану і відсутності рецедивів та загострень лікар призначає хворому постільний режим. Він характеризується трохи більшою фізичною активністю хворого в постелі: дозволяється повертатися, під спостереженням лікаря або медичної сестри виконувати легкі гімнастичні вправи і, нарешті, через визначений час сідати на краю ліжка,) опустивши ноги.

При палатному режимі хворому дозволяють сидіти на стільці поруч з ліжком, вставати і навіть визначений час ходити по палаті. Туалет, годівля хворих **та** фізіологічні відправлення здійснюються в палаті.

При загальному (позапалатному) режимі дозволяється вільна ходьба по коридорі, підйом по сходам, прогулянки на території лікарні. Хворі самостійно обслуговують себе: приймають їжу в їдальні, ходять у туалет, приймають гігієнічну ванну, душ і т.д.

Спостереження за правильністю виконання хворими того або іншого режиму фізичної активності і безпосереднє забезпечення такого режиму — найважливіший обов'язок медичної сестри.

Отже ми бачимо, що однієї з важливих задач загального догляду за хворими є створення і забезпечення у відділенні лікувально охоронного режиму так як хвороба порушує нормальну взаємодію людини і середовища, що її оточує. Ми бачимо що основою лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня, який забезпечує фізичний і психічний спокій хворого.

Порушення хворим лікувально-охоронного режиму, призначеного лікарем, може викликати важкі наслідки для хворого, аж до смертельного результату, це ще раз підкреслює важливість ліквально-охронногорежиму.