

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.....	7
Участники издания	9
Список сокращений.....	10
Глава 1. Здоровье и его защита. Факторы, определяющие здоровье.	
Факторы риска развития заболеваний. Оценка здоровья в домашних условиях.....	11
Что такое здоровье?	11
Факторы, определяющие здоровье	11
Факторы риска заболеваний	11
Образ жизни.....	12
Здоровый образ жизни и пути его формирования	12
Экология тела.....	13
Понятие о медицинской профилактике	16
Общение с врачом.....	16
Контроль состояния здоровья в домашних условиях	20
Памятка для подготовки к приёму у врача	20
Переживание страха больными.....	21
Глава 2. Значение общего ухода за больным. Общие сведения об уходе за больным	22
Значение ухода за больным	22
Элементы общего ухода.....	22
Общие сведения об уходе	23
Уровни потребностей человека по А. Маслоу	23
Этапы организации ухода за больным	25
Этические нормы ухода за больным	27
Общение	27
Социальная поддержка.....	30
Обучение больного и членов его семьи	30
Типы отношения больного к своему заболеванию. Стили общения и выработка соответствующей тактики по уходу	31
Типы отношения семьи к болезни одного из её членов.....	31
Потребности в уходе	31
Двигательная активность	31
Экспресс-метод исследования психического статуса	31
Как справиться со стрессом, возникающим при уходе за больным	34
Глава 3. Дееспособность, инвалидность, права пациентов.....	35
Дееспособность и недееспособность	35
Инвалидность	36
Права пациентов (извлечения из нормативно-правовых актов).....	37
Глава 4. Инфекционная безопасность больного и окружающих.....	45
Глава 5. Общая оценка состояния больного. Наблюдение за больным	57
Общая оценка состояния больного.....	57
Наблюдение за больным.....	61
Глава 6. Окружение больного	62
Комната для больного (микроклимат помещения)	62
Предметы, необходимые в комнате больного	62
Кровать для больного и её оснащение	64
Контакты больного с окружающим миром	68
Организация свободного времени и досуга больного или человека с ограниченными возможностями.....	68
Глава 7. Уход за больными с острыми и хроническими заболеваниями	69
Индивидуальный режим больного.....	70
Обеспечение здорового микроклимата	70

Виды положения больного в постели	70
Вспомогательные средства, используемые при укладывании больного	71
Создание постельного комфорта	73
Оказание помощи больному при изменении положения	81
Основные гигиенические манипуляции по уходу за тяжелобольным	85
Кормление тяжелобольного	91
Меры, облегчающие самообслуживание при ограничении дееспособности больных, инвалидов и лиц пожилого и старческого возраста	94
Безопасное перемещение (транспортировка) больного	99
Вторичные заболевания, вызванные длительным постельным режимом	106
Глава 8. Уход за лихорадящим больным	119
Теплообмен и поддержание температуры тела	119
Измерение температуры тела в подмышечной впадине	119
Измерение температуры тела в прямой кишке	120
Лихорадка	121
Температурные кривые	121
Регистрация данных термометрии	121
Стадии лихорадки	122
Особенности кормления больных с высокой температурой тела	123
Глава 9. Питание больных	124
Основные варианты диет, используемых в лечебном питании	124
Глава 10. Простейшие физиотерапевтические процедуры, применяемые в домашних условиях при уходе за больным	128
Физиотерапия	128
Воздушные ванны (аэротерапия)	128
Светолечение (фототерапия)	129
Гелиотерапия (лечение солнечными лучами)	129
Водолечение	130
Лечение холодом и теплом	133
Особенности различных физических сред и их применение для воздействия теплом	134
Отвлекающая терапия	136
Воздействие на организм высоких температур	140
Глава 11. Основные правила применения массажных приёмов при уходе за больным в домашних условиях	141
Основные массажные приёмы	142
Техника и методика массажных приёмов	143
Ударные, сотрясающие приёмы, вибрация	150
Движения	152
Глава 12. Правила обращения с лекарственными средствами и пути их введения... 153	153
Лекарственные средства	153
Лечение и лекарственные средства	156
Лекарственные средства безрецептурного отпуска	156
Лекарственные средства и дети	159
Лекарственные средства и пожилые люди	159
О домашней аптечке	159
Полезные рекомендации по хранению лекарственных средств	161
Способы применения лекарственных средств	161
Злоупотребление лекарственными средствами	164
Биологически активные добавки к пище	165
Некоторые клинические проявления витаминной недостаточности	166
Роль минеральных веществ для здоровья	167
Взаимодействие лекарственных средств с пищей	167
Отравление лекарственными средствами	167
Глава 13. Уход за здоровым и больным ребёнком	170
Введение	170
Периоды детства и их краткая характеристика	170

Доношенный новорождённый	172
Физиологические состояния новорождённых	173
Рекомендации по уходу за новорождённым и ребёнком грудного возраста	176
Недоношенный новорождённый	186
Питание ребёнка	190
Вскармливание ребёнка 1-го года жизни	190
Питание детей старше года	204
Безопасность окружающей среды	204
Прививки	205
Уход за больным ребёнком	209
Неинфекционные заболевания кожи у новорождённых и детей грудного возраста	209
Инфекционные заболевания кожи новорождённых и детей грудного возраста	210
Заболевания пупочной ранки (омфалиты)	211
Болезни детей грудного и раннего детского возраста	212
Некоторые заболевания органов пищеварения	231
Детские инфекционные болезни	234
Методы и правила применения лекарственных средств у детей	249
Оказание помощи ребёнку в домашних условиях	251
Неотложные состояния у детей	257
Психология больного ребёнка	268
Глава 14. Уход при заболеваниях различных органов и систем	271
Уход за взрослыми с болезнями сердца и сосудов	271
Уход за больным с заболеваниями органов дыхания	275
Уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	279
Уход за взрослыми с сахарным диабетом	287
Уход за больными с заболеваниями мочевой системы	289
Уход при заболеваниях нервной системы	292
Уход при заболеваниях глаз	320
Уход при заболеваниях уха	334
Уход при заболеваниях кожи	340
Глава 15. Уход при инфекционных заболеваниях и паразитарных заболеваниях	359
Глава 16. Специфические проблемы мужчины	384
Мужские половые органы	384
Специфические проблемы мужчин, оказание первой помощи, организация ухода	385
Глава 17. Специфические проблемы женщины	390
Женские половые органы	390
Периоды жизни женщины с точки зрения репродуктивной функции	391
Гигиена половых органов	392
Основные проявления заболеваний женских половых органов и принципы ухода	393
Беременность	398
Роды	410
Насилие в семье	414
Глава 18. Травмы и повреждения. Оказание помощи. Особенности ухода при травмах опорно-двигательного аппарата	415
Разновидности травм	415
Оказание первой помощи при травмах	417
Признаки жизни	417
Шок	418
Признаки смерти	419
Кровотечение	419
Глава 19. Особенности ухода за пожилыми людьми	455
Старение и старость. Календарный и биологический возраст	455
Образ жизни и его значение для процессов старения	456

Проблемы стареющего человека.....	456
Общие принципы оказания помощи старым и немощным людям.....	458
Анатомо-физиологические особенности пожилого и старческого возраста. Старческие недомогания и способы их облегчения	459
Особенности питания в пожилом возрасте	479
Счастливая старость	480
Глава 20. Особенности ухода за онкологическими больными.....	482
Помощь онкологическим больным при отдельных симптомах	482
Особенности ухода за больными при различных формах рака.....	485
Глава 21. Основные реанимационные мероприятия. Смерть больного.....	487
Проведение базовых реанимационных мероприятий.....	487
Факторы, влияющие на реакцию человека на смерть.....	490
Предметный указатель	497

ГЛАВА 2

ЗНАЧЕНИЕ ОБЩЕГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ

Бесполезно говорить: «Мы делаем всё, что можем».

Надо делать то, что необходимо.

У. Черчилль

В этой главе

- Значение ухода за больным.
- Уход как составляющая часть лечения.
- Элементы общего ухода.
- Общие сведения об уходе.
- Уровни потребностей человека по А. Маслоу:
 - ✦ физиологические потребности (потребность дышать, потребность в пище, потребность в жидкости, потребность в выделении продуктов жизнедеятельности, потребность во сне и отдыхе, потребность в движении, сексуальная потребность);
 - ✦ потребность в безопасности;
 - ✦ социальные потребности;
 - ✦ потребность в самоуважении и уважении окружающих;
 - ✦ потребность в самовыражении.
- Этапы организации ухода за больным.
- Этические нормы ухода за больным.
- Общение (внутриличностное, межличностное, общественное):
 - ✦ техника общения;
 - ✦ каналы общения:
 - ✓ вербальное общение (словесное);
 - ✓ невербальное общение (бессловесное);
 - ✦ зоны комфорта.
- Социальная поддержка.
- Обучение больного и членов его семьи (желание и готовность к обучению, способность к обучению, окружающая обстановка).
- Типы отношения больного к своему заболеванию. Стили общения и выработка соответствующей тактики при уходе.
- Типы отношения семьи к болезни одного из её членов.
- Потребности в уходе.
- Двигательная активность.
- Экспресс-метод исследования психического статуса.
- Как справиться со стрессом, возникающим при уходе за больным.

ЗНАЧЕНИЕ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Уход — совокупность мероприятий, направленных на обеспечение всесторонней помощи больному при

санитарно-гигиенических и лечебных процедурах, физиологических отправлениях, диагностических обследованиях; на соблюдение предписанного ему режима активности, питания, лекарственных назначений; а также на создание для больного условий, более всего способствующих быстрейшему выздоровлению, облегчению страданий и предотвращению осложнений.

За организацию ухода и выполнение его в домашних условиях отвечают близкие больного или сиделка. Конечно, при обязательной консультации и под контролем медицинского работника.

ЭЛЕМЕНТЫ ОБЩЕГО УХОДА

1. Гигиена осуществляющего уход: личная гигиена (опасность заноса инфекции), защита личной одежды от инфекции, требования к состоянию тела и волосяного покрова, обработка рук (частое мытье с мылом), правила ношения одежды — «правило ступенчатости» в ношении одежды, требования к белью, личной одежде, сменной обуви; правила поведения.

2. Гигиена окружающей среды: воздух (естественные и искусственные способы дезинфекции).

3. Гигиена тела больного. Гигиеническое содержание тела (плановое и регулярное): кожи, ногтей, волосяного покрова, глаз, ушей, полости рта, профилактика пролежней.

4. Гигиена белья и одежды больного: халаты, пижамы, брюки, носки, тапочки. Принципы санитарной обработки и смены белья; правила хранения.

5. Гигиена личных вещей: необходим минимум вещей, хранение, контроль.

6. Гигиена и контроль количества и качества пищи. Гигиена питания: обработка посуды, подготовка больного к приёму пищи, хранение продуктов.

7. Гигиена посещений.

8. Гигиена выделений больных: ротовая полость, носовые ходы, половые органы, задний проход. Сбор выделений, посуда, хранение. Помощь больному при естественных актах физиологических отправлениях. Применение перчаток.

9. Гигиена транспортировки больного: правила перемещения больных.

10. Вопросы деонтологии: охрана психики, желание помочь. Взаимоотношения с родственниками и членами коллектива.

11. Первая помощь и техника безопасности при уходе за больными.

Потребность в уходе определяют трудности в выполнении ежедневных бытовых действий. Продление самообслуживания для лиц пожилого возраста в домашних условиях.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ УХОДЕ

Чтобы организовать индивидуальный и систематизированный уход за больным, сиделка должна хорошо знать потребности человека, уметь обнаружить нарушения и помочь больному удовлетворить свои физиологические, психологические, эмоциональные, интеллектуальные, социальные и духовные потребности.

Уход за больным — последовательная смена действий сиделки по отношению к больному для облегчения и уменьшения возникающих у него проблем.

Для успешной деятельности в этом направлении сиделка или члены семьи, ухаживающие за больным, должны:

- развивать навыки наблюдения, общения;
- анализировать полученные данные и интерпретировать их в потребности больного;
- соблюдать конфиденциальность (право на закрытую личную информацию);
- создавать доверительные отношения с больным и другими родственниками;
- объяснять необходимость и ход каждого элемента ухода и получать на это согласие больного;
- в случае необходимости привлечь помощь медицинских специалистов.

Сиделке для грамотного осуществления ухода за больным необходимо знать не только основные потребности больного, но и их распределение в порядке подчинённости, предложенной психофизиологом А. Маслоу.

УРОВНИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А. МАСЛОУ

Для жизни, здоровой и счастливой, людям нужны пища, воздух, сон и т.д. Эти потребности человек самостоятельно удовлетворяет на протяжении всей жизни. Функции различных органов и систем организма обеспечивают их. Заболевание, вызывая нарушение функций того или иного органа, той или иной системы, мешает нормальному удовлетворению потребностей, приводя к дискомфорту.

В 1943 г. американский психолог А. Маслоу разработал одну из теорий иерархии потребностей, определяющих (направляющих) поведение человека. По его теории, некоторые потребности для человека более существенны, чем другие. А. Маслоу изобразил уровни потребностей человека в виде пирамиды. Широкое основание (основа, фундамент) пирамиды соответствует физиологическим потребностям человека, поскольку они — фундамент его жизнедеятельности — это 1-й уровень потребностей. Вершина пирамиды подобна потребности в самовыражении — это 5-й уровень потребностей.

Возможность удовлетворять свои потребности у людей различна и зависит от нескольких общих факторов:

- возраст;
- окружающая среда;
- знания, умения, желания и способности самого человека.

Прежде чем думать об удовлетворении потребностей высшего уровня, необходимо удовлетворить потребности низшего порядка, то есть физиологические.

Физиологические потребности

Чтобы жить, человеку необходимо удовлетворять физиологические потребности в воздухе, пище, воде. Кроме того, каждому из нас необходимо движение, сон, выделение продуктов жизнедеятельности, обще-



Пирамида Маслоу

ние с людьми, ощущение прикосновения, удовлетворение своих сексуальных интересов. Человек, который в течение нескольких дней спал меньше привычного, очень сильно желает выспаться. Если потребности удовлетворены — люди здоровы, а с неудовлетворёнными потребностями они рискуют заболеть. Следует помнить, что физиологические потребности одинаковы у всех людей, но каждый испытывает их в разное время.

- Потребность дышать — основная физиологическая потребность человека. Дыхание и жизнь — понятия неразделимые. Человек усвоил давно: «*dum spiro spera*» (лат.), т.е. «пока дышу, надеюсь». Внутренняя форма многих слов в русском языке содержит значение «дыхание»: отдых, вдохновение, дух и т.д. Поддержание этой потребности должно стать для сиделки приоритетной задачей. Кора головного мозга очень чувствительна к недостатку кислорода. При недостатке кислорода дыхание будет частым и поверхностным, возникнут одышка, кашель. Продолжительное уменьшение концентрации кислорода в тканях приводит к цианозу: кожа и видимые слизистые оболочки приобретают синюшный оттенок. Человек, удовлетворяя эту потребность, поддерживает необходимый для жизни газовый состав крови.
- Потребность в пище. Она очень важна для сохранения здоровья и хорошего самочувствия. Родители, удовлетворяя потребность младенцев и детей в рациональном питании, проявляют не только заботу, но и обеспечивают ребёнку возможность нормального роста и развития. Рациональное и адекватное питание взрослого помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Например, ИБС и другие проявления атеросклероза обусловлены постоянным употреблением пищи, богатой насыщенными животными жирами и холестерином. Рацион, содержащий большое количество круп и растительных волокон, снижает риск рака толстой кишки. Адекватное питание при тех или иных заболеваниях обеспечивает возможность выздоровления. Например, высокое содержание белка в пище способствует заживлению ран.
- Потребность в жидкости. Для нормального функционирования организма здоровый человек должен выпивать 1,5–2 л жидкости ежедневно (вода, чай, кофе, молоко, суп, фрукты, овощи, мороженое). Такое количество восполняет потери в виде мочи, пота, кала и испарений при дыхании. Чтобы сохранить водный баланс, человек должен употреблять жидкости больше, чем он выделяет, в противном случае возникнут признаки обезвоживания. Это может привести к очень серьёзным нарушениям функций многих органов и систем.
- Потребность в выделении продуктов жизнедеятельности. Неусвоенную часть пищи организм выводит в виде разных отходов: мочи, кала, пота. Режимы выделения мочи и кала у каждого индивидуальны. Большинство людей считают процесс выделения отходов глубоко личным, интимным

и предпочитают не обсуждать эти вопросы. В связи с этим, оказывая помощь больному, имеющему проблемы с выделением продуктов жизнедеятельности, ухаживающий должен быть особенно деликатен и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

- Потребность во сне и отдыхе А. Маслоу относит к физиологическим потребностям. Последние исследования показали, что женщины больше всего страдают от усталости, вызванной недосыпанием. Оно занимает второе место после работы. Выкраивая время, отведённое на сон, для занятий какими-то делами, человек увеличивает «долг недосыпания». Продолжительность сна, необходимого для полноценного отдыха современного человека, как правило, не менее 8–8,5 ч. При недосыпании уменьшается уровень глюкозы в крови, тем самым ухудшая питание мозга и замедляя мыслительные процессы (рассеивание внимания, ухудшение кратковременной памяти, замедление скорости и точности вычислений). Больному человеку сон особенно необходим, поскольку способствует улучшению его самочувствия. Состояние сонливости наступает дважды в течение суток: с 0 до 4 ч, затем между 12 и 16 ч. На сон могут оказывать влияние разные факторы: физическое недомогание, лекарственные средства и наркотики, образ жизни, эмоциональный стресс, окружающая среда и физическая нагрузка. Любое заболевание, сопровождающееся болью, дискомфортом, тревогой и депрессией, неизбежно приводит к ухудшению сна. Например, при заболеваниях органов дыхания, когда больному трудно дышать, на ночь ему необходимо подкладывать 2–3 подушки. При болезнях сердца больной иногда боится спать из-за страха перед сердечным приступом. Лекарственные средства тоже могут влиять на качество сна. Снотворное чаще вызывает у больного новые проблемы, нежели приносит пользу.
- Отдых — состояние пониженной физической и психической активности. Отдыхать можно не только лёжа на диване, но и во время длительной прогулки, чтения книг или выполнения специальных расслабляющих упражнений. Отдыху могут помешать громкий шум, яркий свет, присутствие других людей, а также частые лечебные процедуры.
- Потребность в движении. Ограничение подвижности или неподвижность создают множество проблем для человека. Неподвижность — «состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затруднения при движениях, необходимых для нормального функционирования». Это состояние бывает продолжительным или непродолжительным, временным или постоянным. Оно может быть обусловлено применением шины, вытяжения, ношением корсета или какого-либо специального средства для удерживания тела; болью (в суставах, спине и т.п.); хроническим заболеванием (артрит,

остаточные явления нарушения мозгового кровообращения и т.п.); нарушением психики (депрессия и т.п.).

Неподвижность — один из факторов риска развития пролежней, нарушения функций опорно-двигательного аппарата, работы сердца и лёгких (особенно в положении «лёжа на спине»). При длительной полной неподвижности возникают изменения в системе пищеварения (вздутие, запоры). Неподвижность, особенно в лежачем положении, нарушает мочевыделение, что, в свою очередь, может привести к инфекции и образованию камней в почках. А главное, человек лишён общения с окружающей средой, оказывающей значительное влияние на формирование собственного «Я». От степени и продолжительности состояния неподвижности у человека могут возникнуть те или иные проблемы в психосоциальной сфере: изменится способность к обучению, желание жить, чувства и эмоции.

- Сексуальная потребность. Она не исчезает даже при заболевании или достижении преклонного возраста. На сексуальное здоровье человека прямо или косвенно могут влиять его болезнь, дефекты развития, а у женщин — рождение ребёнка.

По данным ВОЗ, сексуальное здоровье человека влияет на его социальное здоровье и включает три главные составляющие:

- ✦ способность получать удовольствие и контролировать половое и репродуктивное поведение в соответствии с социальными и нравственными нормами;
- ✦ отсутствие страха, стыда, вины, неправильных представлений и прочих психологических факторов, подавляющих реакции и ухудшающих сексуальные отношения;
- ✦ отсутствие органических расстройств, ухудшающих сексуальную и репродуктивную активность.

Все описанные выше физиологические потребности, согласно теории А. Маслоу, принадлежат к потребностям низшего уровня и существуют у любого человека независимо от возраста и социокультурного окружения.

Потребность в безопасности

Физическая и психологическая безопасность — это потребности второго уровня. Для большинства людей безопасность означает надёжность и удобства. Каждому из нас необходимы кров, одежда и тот, кто может оказать помощь. Больной чувствует себя в безопасности, если кровать или кресло-каталка зафиксированы; покрытие пола сухое и на нём нет посторонних предметов; помещение в тёмное время суток достаточно освещено; при плохом зрении есть очки; человек одет соответственно погоде, а в его жилище не слишком холодно и не слишком жарко и, наконец, если есть уверенность, что при необходимости ему помогут. Человек должен быть уверен, что он в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинять вреда окружающим.

Социальные потребности

Важнейшее значение для человека приобретают потребности третьего уровня, социальные: отношение людей в обществе, семья, друзья, одобрение, привязанность, любовь и т.д.

Большинство людей хотят понимания, любви. Никто не желает быть покинутым, нелюбимым и одиноким. Если это произошло, значит, социальные потребности человека не удовлетворены. При тяжёлой болезни, нетрудоспособности или в преклонном возрасте часто возникает «вакуум», нарушение социальных контактов. К сожалению, в таких случаях потребность в общении не удовлетворена, особенно у пожилых и одиноких людей (а иногда у не одиноких любого возраста). Следует всегда помнить о социальных потребностях человека, даже в тех случаях, когда он предпочитает не говорить об этом. Помогая человеку решить социальную проблему, можно значительно улучшить качество его жизни.

Потребность в самоуважении и уважении окружающих

Общаясь с людьми, человек не может быть равнодушным к оценке своего успеха в делах со стороны окружающих. У человека возникает (или не возникает) потребность в уважении и самоуважении. Однако для этого необходимо, чтобы труд ему приносил удовлетворение, а отдых был насыщенным и интересным. Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворены потребности в самоуважении.

Очень часто больные, нетрудоспособные и пожилые люди теряют это чувство, так как больше ни для кого не представляют интереса, некому порадоваться их успеху, а поэтому у них нет возможности удовлетворить свою потребность в уважении.

Большинство людей считают свои физиологические процессы глубоко личными и предпочитают не обсуждать эти вопросы ни с кем. В связи с этим, оказывая помощь больному, имеющему физиологические проблемы, необходимо быть особенно деликатным и уважать право больного на конфиденциальность (личную информацию и неразглашение личной тайны).

ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Первый этап. Это сбор информации о состоянии здоровья больного и её анализ. Успех последующих этапов во многом зависит от того, насколько качественно будет проведено обследование больного и его осмотр. Методы обследования, необходимые для сбора информации, могут быть субъективными, объективными, дополнительными. Полный комплекс мероприятий по обследованию больного определяет врач, но, будучи рядом с больным, сиделка должна постоянно оценивать его состояние, получая информацию от него самого или членов его семьи.

Субъективный метод — это беседа, в ходе которой сиделка получает сведения о самочувствии, ощущениях, реакциях, тех или иных потребностях. Человек всё описывает сам или это делают его родственники. При выявлении жалоб важны детали. Например, характер,

интенсивность и локализация головной боли; особенности нарушения сна (бессонница, сонливость, нарушение ритма сна); не только повышение температуры, но и её высота, наличие ознобов, потливости и т.д. При уточнении жалоб необходимо дополнительно выявить жалобы по органам и системам, которые могут быть вовлечены в болезненное состояние.

Собирая информацию в случае остро развивающегося заболевания, важно определить:

- время, с которого пациент считает себя больным;
- причины заболевания, по мнению самого больного;
- начальные симптомы болезни, особенности их проявления;
- появление общих симптомов болезни (слабость, нарушение работоспособности, головная боль, мышечные боли, нарушение сна);
- изменение температуры тела и общего состояния;
- смена и/или нарастание симптомов;
- обращался ли больной за помощью.

При подозрении развития инфекционного заболевания необходимо выяснить следующее:

- наличие в ближайшем окружении людей, больных подобным заболеванием;
- пребывание в дороге, разъездах, за границей;
- обстановка по месту прежнего жительства (для приезжих);
- возможность контакта с инфекционными больными в дороге;
- проживание в неблагоприятной местности;
- употребление в пищу сырой воды, некипяченого молока, невымытых овощей и фруктов, недоброкачественных продуктов;
- место питания (дома, в столовой), какие продукты использует семья (магазинные, рыночные);
- посещение больным личной гигиены (частота посещения бани, смена нательного и постельного белья, мытьё рук перед едой, состояние ногтей);
- уход за животными, случаи заболевания среди животных.

При длительно текущем заболевании важно накапливать информацию об оценке больным своего состояния (если он может это делать), об изменениях или стабильности состояния его здоровья.

Объективный метод — метод, используемый при осмотре, наблюдении и обследовании больного. При этом важно оценить следующие параметры.

- Общее состояние (от удовлетворительного до тяжёлого).
- Выражение лица (живое, вялое, безучастное, тоскливое, страдальческое). Мимика.
- Масса тела.
- Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное и т.д.).
- Состояние кожи и видимых слизистых оболочек (синюшность, покраснение, желтушность, влажность, дефекты, отёки). Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек следует проводить при естественном или приближённом к нему освещении, полностью раздев больного.
- Состояние лимфатических узлов, доступных для пальпации (болезненность, подвижность, размер).

- Костно-мышечная система (деформация скелета, суставов, вялость или напряжённость мышц и т.д.).
- Дыхание [частота дыхательных движений (ЧДД), боли при дыхании, кашель, изменение голоса, одышка].
- Сердечно-сосудистая система (АД, пульс).
- Органы пищеварения: аппетит; состояние языка, зубов; глотание; характер рвотных масс; характер стула (цвет, консистенция, запах, объём, наличие примесей); состояние живота (увеличение в объёме, болезненность, напряжение).
- Мочевыделительная система. Характер мочи, её цвет, прозрачность, количество; мочеиспускание (самостоятельность, частота, болезненность).
- Нервная система. Характер головной боли; сон; нарушение походки, парезы, параличи, дрожание конечностей или других частей тела.
- Органы чувств (зрение, слух, обоняние, вкус, прикосновения).
- Психическое состояние больного: сознание (сохранено или нарушено). Наблюдаемое поведение: речь, манера говорить (быстро, медленно, тяжело, обрывками и т.д.); голос (тихий, громкий); мимика, жесты, настроение, чувства, ориентация во времени и пространстве, ощущение, страхи.

Второй этап. Если больной испытывает трудности в удовлетворении жизненно важных потребностей, то это и есть проблемы, разрешить которые призвана сиделка в содружестве с больным и членами его семьи. На данном этапе устанавливают существующие и потенциальные (возможные в будущем) отклонения от комфортного гармонического состояния. При выявлении нескольких нарушенных потребностей сиделка в обязательном порядке должна проконсультироваться с медицинским работником, осуществляющим амбулаторно-поликлиническое ведение больного. В случае появления ранее отсутствовавших признаков изменения функций организма или симптомов болезни или резкого ухудшения состояния хронического больного необходима срочная консультация.

Третий этап. Соблюдая назначения врача, сиделка должна распланировать и подготовить проведение мероприятий и процедур. Их необходимо выполнить в точно назначенные врачом (участковой медицинской сестрой) сроки. Это может быть измерение температуры, смена белья, дача лекарств, кормление и др. Действия или манипуляции может производить сама сиделка или помощники (члены семьи или соседи).

Четвёртый этап. Выполнение запланированных действий и регистрация информации в случае необходимости (температурный лист, мочеиспускание, количество выпитой жидкости, выполнение дыхательной гимнастики и др.). Ведение дневника наблюдений и регистрации выполненных мероприятий необходимо для анализа состояния больного и результатов, полученных при выполнении действий. Регистрация информации особенно важна, если на смену одному члену семьи или сиделке приходит другой помощник.

Пятый этап. Это оценка реакции больного на выполняемые действия и процедуры. В результате оценки

можно отметить достижение цели, отсутствие ожидаемого результата или даже ухудшение состояния больного, несмотря на проводимые вмешательства. В этом случае необходимо поставить в известность врача или медицинскую сестру.

Все пять этапов ухода за больным тесно связаны друг с другом, в зависимости от ситуации их можно проводить как последовательно, так и одновременно.

ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Primum non nocere (лат.) — «прежде всего не навреди». Это главный этический принцип в медицине.

Моральная ответственность ухаживающего за больным человеком очень высока. Неправильные действия могут привести к физическим и нравственным страданиям больного. Недопустимы такие действия, как разглашение врачебной тайны, отказ в медицинской помощи, нарушение неприкосновенности частной жизни и др.

Уход за больным предполагает, помимо всего прочего, также соблюдение определённых правил общения с ним. Важно уделять больному максимум внимания, успокаивать его, разъяснять необходимость соблюдения режима, регулярного приёма лекарств, убеждать в возможности выздоровления или улучшения состояния. Нужно соблюдать большую осторожность при разговоре с больными, особенно страдающими онкологическими заболеваниями (им не принято сообщать истинный диагноз). И в настоящее время значимо высказывание великого врача древности Гиппократ: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но, главное, оставь его в неведении того, что ему угрожает». В некоторых странах больные всё же информируют о серьёзности заболевания, в том числе и о возможном летальном (смертельном) исходе.

Нарушение этических принципов общения с больным, неадекватные, ранящие и вредящие больному словесные контакты могут привести к различным психологическим реакциям и ухудшению состояния больного.

«Любовь и забота — лучшее лекарство», — писал Парацельс. Нежность, ласковость, терпение и вежливость — вот составные заботливого отношения, внимания и любви.

Сиделка или член семьи, ухаживающий за больным, должны строго хранить врачебную тайну. Под врачебной тайной понимают следующее:

- сведения о больном, полученные от больного или в процессе лечения и не подлежащие разглашению в обществе;
- сведения о больном, которые сиделка не должна сообщать больному (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологический ущерб больному, и т.д.).

При решении вопроса о врачебной тайне иногда необходимо учитывать, не наносит ли это ущерб обществу. В тех случаях, когда само сохранение врачебной тайны может причинить вред обществу или окружающим больного лицам (например, при венерических, инфекционных, психических заболеваниях

и т.д.), необходимо принять меры, не нанося при этом психологического ущерба больному.

В практике ухода за больными бывают ситуации, когда врачебная тайна связана с обманом. Его С.П. Боткин называл «святой ложью». Например, не следует говорить обречённому больному о тяжести его болезни. Слова надежды на выздоровление, высказанные таким людям, приносят им облегчение. Нельзя разглашать сведения не только о характере и возможном исходе заболевания, но и сведения об интимной жизни больных, так как это может причинить им дополнительные страдания и подорвать доверие к медицинским работникам.

Большое значение для больного играет вера в выздоровление, уверенность в правильном лечении и своевременном оказании необходимой помощи при ухудшении состояния. Неудовлетворение или задержка в выполнении просьб больного, небрежное выполнение назначенных врачом процедур, «холодный» тон сиделки вызывают у больного тревогу за своё состояние. Сочувственный отклик на жалобы больного, стремление по возможности облегчить его болезненные переживания порой оказывают не меньшее лечебное действие, чем назначение медикаментозных средств, и вызывают горячую благодарность со стороны больного. Иногда важно просто выслушать больного, но не формально, а с элементами эмоционального участия, понимающе реагируя на сказанное. Во время беседы больной обретает покой, проходит его внутренняя напряжённость.

ОБЩЕНИЕ

Значение психотерапевтического воздействия хорошо известно, его ценность превосходит иногда все другие методы лечения. Именно поэтому общение — одно из важных умений, обязательных для эффективного ухода. Навыки общения необходимы сиделке для взаимодействия с больным, его семьёй, врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе.

Выделяют три уровня общения.

- Внутрличностное — мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, готовится к общению с кем-либо. Примером личностного общения сиделки может быть напоминание себе: «Нужно измерить температуру». Но она не произносит это вслух.
- Межличностное — общение между двумя или более людьми. Сиделка, например, обменивается мыслями, идеями, решениями, опытом с медицинской сестрой, членами семьи больного.
- Общественное — общение одного человека с большой аудиторией.

Следует быть тщательно подготовленным к межличностному и общественному общению. Правильное общение усиливает взаимопонимание между людьми.

Техника общения

Эффективное общение состоит из пяти элементов:

- отправитель — тот, кто передаёт информацию;
- сообщение — посылаемая информация;

- канал — форма отправки сообщения (устная речь, речевой метод, включающий мимику, жесты, позы, письменную речь);
- получатель — адресат общения;
- подтверждение — способ, с помощью которого уведомляют отправителя, что сообщение получено.

Каналы общения: вербальное общение (словесное)

Устная речь. Получатель информации её слышит. Формы устной речи могут сделать устный канал общения как эффективным, так и неэффективным. Задавая «правильные» вопросы, люди делают общение более эффективным. Вопросы могут быть закрытые (общие), на них в ответ можно услышать односложное «Да» или «Нет», и открытые (специальные), на них можно получить более или менее подробный ответ. Закрытые вопросы начинаются словами: «Вы можете?..», «Вы хотите?..», «Вам нужно?..», «У Вас есть?..», «Вы думаете, что?..». Открытые вопросы начинаются словами: «Скажите мне...», «Покажите мне...», «Что?..», «Где?..», «Когда?..», «Почему?..», «Как?..», «Вы расстроены, потому что?..», «Правильно ли я вас поняла?».

Неправильно заданный вопрос может сделать общение неэффективным. Обучая больного (или его родственников) каким-то необходимым навыкам и задавая в процессе обучения вопрос: «Вы поняли меня?», можно получить ответ: «Да», в то время как в действительности человек просто не хочет признать, что он не всё понял. Однако если сказать человеку: «Я хотела бы быть уверенной, что вы меня правильно поняли», можно получить подтверждение полученного сообщения и таким образом сделать общение эффективным.

Устная речь предполагает два важных элемента: что говорить и как говорить. Устное сообщение может быть ясным, кратким и эффективным, если соблюдать следующие принципы.

- Говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами.
- Выбирать скорость и темп речи.
- Правильно выбирать время для общения: адресат информации должен быть заинтересован в беседе. Лучшее время для общения то, когда больной сам задаёт вопросы о своём состоянии, плане ухода, мероприятиях и процедурах.
- Следить за интонацией своего голоса, быть уверенным, что она соответствует тому, что вы собираетесь сказать. Тон может выражать энтузиазм, заботу, гнев, печаль, безразличие и даже раздражение.
- Выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы вас слышали, но при этом не кричать.
- Быть уверенным, что вас поняли. Задавать человеку открытые, а не закрытые вопросы. Следует задать вопрос: «Как Вы будете готовиться к массажу?», но не «Вы поняли, как готовиться к массажу?». Больной может и на второй (закрытый) вопрос тоже сказать «Да», даже если не понял сообщения.

- Проявлять чувство юмора. Оно тоже способствует эффективному вербальному общению, но его надо применять с осторожностью, особенно при манипуляциях, связанных с личной гигиеной больного. При уходе за больным можно рассказывать смешные случаи, играть словами, чтобы вызвать улыбку больного. Юмор помогает успокоить и снять напряжение и боль, обеспечивает эмоциональную поддержку и смягчает восприятие болезни.

Письменная речь. Получатель может прочитать слова или символы. Письменное общение может быть эффективным, если учесть следующие рекомендации:

- пишите аккуратно (если у вас плохой почерк, пишите печатными буквами);
- выбирайте правильный размер и цвет букв (человеку со слабым зрением пишите чёрной или синей ручкой печатными буквами на белой бумаге);
- убедитесь, указана ли в записке вся необходимая информация;
- пишите грамотно;
- выбирайте понятные и простые слова;
- обязательно подписывайте ваше сообщение.

Эффективность письменного общения зависит от многих факторов:

- умеет ли человек читать;
- понимает ли написанное;
- видит ли написанное;
- знает ли язык, на котором написано сообщение.

В связи с этим для эффективного письменного общения следует соблюдать следующие правила:

- рисуйте картинки человеку, не умеющему читать;
- будьте точны, называя время (утро, вечер);
- будьте внимательны (проверяйте, написали ли вы всю необходимую информацию).

Вербальное общение — это обычное средство передачи фактической информации. Эффективность вербального общения во многом зависит от умения думать, говорить, слушать, читать и писать.

Особенности общения с пожилым больным:

- беседуя с пожилым человеком, не надо напоминать ему о его возрасте;
- разговор должен быть неспешным;
- вопросы следует задавать конкретные, требующие однозначного ответа;
- рекомендации пожилым людям следует давать не только в устной форме, но и письменно.

Каналы общения: невербальное общение (бессловесное)

Бессловесное общение — общение с помощью символов, жестов, мимики, поз, прикосновений. Как правило, люди в меньшей степени способны сознательно контролировать этот канал общения. Многие осознают, что их мимика сообщает совсем не то, что они говорят. Например, соглашаясь на процедуру, больной может сказать: «Я готов, делайте быстрее», тогда как выражение его лица говорит: «Я очень боюсь. Это может быть для меня опасно!». Именно поэтому этот канал невербального общения более достоверно выражает чувства и подразумеваемый смысл. Временами всё тело человека участвует в передаче сообщения. Следует учесть, что сиделка иногда должна ухаживать

за больными, неспособными использовать устную речь как канал общения. А значит, навык невербального общения просто необходим.

Походка человека — тоже способ передачи сообщения и самовыражения. Например, человек, смело и уверенно входящий в комнату, демонстрирует либо своё благополучие, либо чувство гнева. Медленно входящий в комнату демонстрирует сдержанность, страх или тревогу. Положение и движения тела больного свидетельствуют как о физическом, так и эмоциональном состоянии.

Когда вы смотрите на человека, то получаете много информации по выражению его лица, мимике, жестам. В языке жестов большую роль играют руки, причём не только, когда говорящий показывает руками форму обсуждаемого предмета, указывает направление или комментирует какое-либо событие. Руки передают и эмоциональное состояние. Так, беспокойство можно проявить непрерывным движением рук, «заламыванием пальцев» и т.д. Например, при разговоре видно, что больная сложила руки и тесно прижала их к груди. Это может означать её сильное волнение или расстройство. Выражение лица сиделки также сильно влияет на общение с больным. Улыбка может быть знаком приветствия или одобрения, нахмуренные брови означают раздражение или неудовольствие.

Исследования показывают, что лицо проявляет шесть основных чувств: удивление, страх, гнев, отвращение, счастье и печаль. Как правило, больные смотрят на выражение лица ухаживающего за ними человека, когда он выполняет перевязку или объясняет процедуру подготовки к обследованию, отвечает на вопросы о тяжести и прогнозе заболевания. В связи с этим следует уметь контролировать выражение лица, особенно в случаях, вызывающих неприятные эмоции, чтобы смягчить чувство страха у больного. Как отмечают многие, самое выразительное в лице — глаза. Об этом свидетельствуют и поговорки, и фразы: «читать душу по глазам», «сверкать глазами», «есть глазами», «недобрый взгляд», «прятать глаза» и т.д. Взгляд человека дополняет то, что недосказано словами и жестами, и часто именно взгляд придаёт подлинное значение произнесённой фразе. Выразительный взгляд способен передать смысл не только сказанного, но и недосказанного или невысказанного. В некоторых случаях взгляд можно сказать больше, чем словами. Поэтому взгляд «глаза в глаза» — всегда важнейший канал невербального общения.

Один из важных аспектов невербального общения — внешний вид человека, ухаживающего за больным.

Довольно часто даже при наличии всех пяти элементов общения люди плохо понимают друг друга. Причины подобного непонимания различны:

- сообщение передано или невнятно, или очень быстро, или очень тихо;
- неправильно выбран канал передачи сообщения (например, человек плохо слышит или не может прочитать письменное сообщение), отправитель не получил подтверждение о получении и понимании.

Вербальное и невербальное общение могут существовать одновременно. Например, происходит общение в виде беседы (вербальное). Оно может сопровождаться невербальным: улыбкой, жестами, плачем и т.д. При этом следует отметить: восприятие сообщения во многом зависит от невербального общения.

Хотя обе формы общения (вербальное и невербальное) взаимодополняющие, многие полагают, что невербальные сигналы более эффективны, особенно при необходимости передачи эмоционального состояния человека. Невербальные способы: прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине или объятия — позволяющие сиделке выказать больному человеку привязанность, эмоциональную поддержку, ободрение, нежность.

Независимо от используемого канала общения, человек должен стремиться, чтобы задуманное им сообщение соответствовало переданному. Этому способствует уверенная манера общения. Если сообщение передано твёрдо и уверенно, вероятность согласия со стороны адресата возрастает. Некоторые люди путают уверенную манеру общения с агрессивностью и грубостью, поэтому следует использовать её избирательно и всегда думать о восприятии её другими.

В случаях агрессии со стороны больного (не путать с уверенным поведением) по отношению к сиделке или другому лицу, ухаживающему за ним, применяйте следующие рекомендации:

- не следует воспринимать чьё-то агрессивное поведение как личное оскорбление; обычно люди выплёскивают свои отрицательные эмоции на тех, кого чаще видят, даже если их расстроил кто-то другой;
- надо глубоко дышать (сделать глубокий вдох и посчитать до 10 или 20, пока не наступит успокоение);
- можно выйти из комнаты, если есть опасение сказать или сделать что-то неприятное (конечно, это можно сделать только, если больной в безопасности);
- можно сделать перерыв, выпить глоток воды;
- можно рассказать о произошедшем тому, кого вы уважаете;
- следует вновь поговорить с человеком, проявившим неуважение; дать понять, что всё равно назначения врача будут продолжены, а сиделка будет выполнять свои обязанности.

При уходе за больным очень важно оставлять каналы общения открытыми даже в тех случаях, когда полученное сообщение вызывает ощущение неловкости. Вот несколько рекомендаций, позволяющих продолжать необходимое общение несмотря на неловкость.

- Сделать паузу в несколько секунд, чтобы прийти в состояние покоя, перестать думать о своих чувствах и сконцентрироваться на сообщении собеседника.
- Проявить интерес к собеседнику, используя мимику, жесты, прикосновение. Если человек почувствует заинтересованность сиделки, то эта молчаливая поддержка может оказать больше эффекта, чем любые слова.

- Вновь пригласить человека к разговору, задав вопрос: «Как Вы себя чувствуете?», «Вы уверены, что Вам сейчас лучше побыть одному?». Иногда можно повторить сообщение собеседника своими словами: «Вы действительно скучаете по семье».
- Просто слушать собеседника, поскольку иногда это единственное, что человеку необходимо. Если сиделка считает, что больному важны ответы на вопросы, а сама она не может их дать, следует найти того, кто ответить сможет.
- Говорить о своих переживаниях, о возникших недоразумениях другому человеку, пользующемуся вашим доверием.

Зона комфорта

При организации ухода следует учитывать, что общение будет более успешным, если оно проходит в зоне комфорта. У каждого человека размер этой зоны свой. У большинства людей размер «личной» зоны, общение в которой не вызывает дискомфорта, составляет 0,46–1,2 м. Однако при выполнении тех или иных процедур сиделка вторгается не только в «личную», но и в «интимную» зону. Её размер равен 15–46 см. Сиделка, зная и понимая трудности, которые при этом может испытывать больной, должна быть особенно внимательной и деликатной.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Эффективное общение может оказать неоценимую помощь при социальной поддержке, изменить отношение человека к тем или иным событиям. Социальную поддержку оказывают как вербальным, так и невербальным способом.

Положительные высказывания по поводу внешнего вида человека и его одежды, благодарность за помощь и понимание, поощрение его успехов в самообслуживании, одобрение его поведения могут быть примерами вербальной социальной поддержки. Прикосновение, объятие, улыбка, кивок головы — далеко не полный перечень приёмов невербальной социальной поддержки.

Социальная поддержка:

- помогает закрепить поведение человека, положительно влияющее как на его здоровье, так и на общее благополучие;
- не всегда даёт результаты сразу; продолжайте свои попытки, не разочаровывайтесь в своих усилиях;
- будет эффективна, если её проводить последовательно и регулярно.

ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНОГО И ЧЛЕНОВ ЕГО СЕМЬИ

Важная функция при организации ухода, особенно за тяжёлыми или хроническими больными, — обучение больных и членов их семей по вопросам здоровья. Отдельные виды деятельности разные люди понимают по-разному. Один человек рассматривает приготовление пищи как уход за собой, а семейный — считает это трудовой деятельностью, а если оно связано с приёмом гостей, то можно рассматривать и как досуг.

Процесс обучения приёмам самообслуживания и поддержания качества жизни больного человека или ребёнка связан с поддержанием или восстановлением полной или частичной самостоятельности, независимости и автономности при проведении досуга и выполнении трудовой деятельности. Обучая, можно использовать различные методы и приёмы, чтобы помочь человеку восстановить (если это возможно) независимый образ жизни, уменьшить последствия инвалидности. Это могут быть элементы медицинской реабилитации, социальной адаптации, восстановление деятельности за счёт использования вспомогательных приспособлений.

Обучаемые лучше понимают и запоминают, если вы:

- используете технику эффективного общения;
- слушаете всё, что вам говорят или о чём спрашивают;
- относитесь к ним терпеливо;
- хвалите за успехи в обучении;
- делаете перерыв, если они плохо себя чувствуют или чем-то расстроены.

То, чему учат больных и(или) членов их семей и как они это усваивают, зависит от множества факторов, включая предыдущие знания, опыт, отношение к обучению.

Три фактора эффективного обучения.

- Желание и готовность к обучению зависят, во-первых, от умственных способностей обучаемого, позволяющих ему сосредотачиваться и понимать рекомендации и требования; во-вторых, от его внимания. Если человек не способен сосредоточиться, то обучение должно быть отложено или отменено. Беспокойство, боль, усталость, голод, жажда — всё это мешает процессу обучения и требует от сиделки особых усилий. Планируя обучение, нужно оценить желание и готовность больного к обучению.
- Способность к обучению зависит от стадии и уровня развития (ребёнок, престарелый и т.д.). Прежде чем начинать обучение, сиделка должна оценить уровень развития познавательных способностей человека, чтобы выбрать соответствующий способ обучения. Важные критерии оценки способности к обучению:
 - ✦ возраст человека;
 - ✦ его физическое состояние, при котором обучение может стать невозможным или неэффективным (слабость, истощение и т.п.);
 - ✦ расположенность к общению;
 - ✦ объём движений;
 - ✦ степень подвижности.
- Окружающая обстановка.

Хорошо поставленная цель обучения содержит три компонента.

- Что предстоит сделать больному (например, должен научиться держать ложку, должен знать порядок действий при надевании рубашки, должен уметь использовать костыли и т.д.).
- Временные рамки: даты или интервал времени (например, «20 мин после завтрака», «через неделю» и т.д.).

- Кто и с помощью каких приспособлений оказывает помощь (например, «с помощью сиделки», «на костылях», «самостоятельно» и т.д.).

Если в результате обучения больной должен овладеть несколькими навыками, нужно учесть оптимальную последовательность обучения, не утомляющую больного и не вызывающую у него отрицательных эмоций. В первую очередь его обучают более простым навыкам, а затем уже более сложным. Например, больной перенёс острое нарушение мозгового кровообращения, поэтому его правая нога пока неустойчива, а правая рука не функционирует. Сиделка под контролем медицинской сестры планирует обучить больного: «Иван Петрович через неделю должен одеваться самостоятельно». При этом они планируют, что больному вначале научится надевать брюки, затем обувь и только в последнюю очередь — рубашку, поскольку считают, что это для него самое трудное. Оценивая результаты обучения, надо дать больному понять, что и у других также возникают вопросы, можно даже сказать: «У многих больных возникают по этому поводу вопросы».

Получив согласие больного, попросите его продемонстрировать приобретённые знания и умения, влияющие на степень его самообслуживания и самостоятельности.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО К СВОЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ. СТИЛИ ОБЩЕНИЯ И ВЫРАБОТКА СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТАКТИКИ ПО УХОДУ

Типы отношения больного к своему заболеванию систематизированы психиатрами и психологами. В соответствии с простой методикой для психологической диагностики типов отношения к болезни выделены представленные ниже варианты (табл. 2.1). Знание психологического состояния больного необходимо для определения стиля общения с ним всех, кто его окружает и помогает преодолевать трудности. Негармоничные типы отношения к своему заболеванию создают массу проблем для медиков, сиделки и членов семьи, вынужденных противостоять мощному напору некоторых больных.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ СЕМЬИ К БОЛЕЗНИ ОДНОГО ИЗ ЕЁ ЧЛЕНОВ

Обычно первая реакция в такой ситуации — тревога за исход болезни, сочувствие больному, стремление оградить его от бытовых тягот. Если болезнь затяжная, отношение семьи к больному меняется и может быть:

- индифферентное (безразличное);
- изгоняющее (уложить больного на койку в отдельной комнате, перевести в дом инвалидов);
- отрицательное (скорее бы наступил тот или иной исход, то есть «выздоровливай или умирай»);
- соперничающее (терпимость, потакание «капризам», что свойственно матерям и некоторым жёнам);
- тревожное (тревогу близких перенимает и больной).

ПОТРЕБНОСТИ В УХОДЕ

В группу лиц, получающих медицинскую помощь только на дому, во-первых, входят люди преклонного возраста, страдающие целым комплексом заболеваний, и, во-вторых, относительно молодые больные с каким-то одним серьёзным заболеванием, ставшим причиной снижения их мобильности. Однако, несмотря на выраженную разнородность контингента лежачих больных, подходы к организации их медицинского обеспечения и уходу за ними достаточно универсальны.

Одна из основных организационных проблем медицинского обслуживания на дому таких больных — отсутствие единой системы оценки степени их нуждаемости в медицинской помощи и уходе. Отечественная 3-уровневая система оценки инвалидности отражает состояние больного с точки зрения его трудоспособности (III и II группы инвалидности); лишь в самых тяжёлых случаях констатируют потерю способности к самообслуживанию (I группа). Такая система недостаточно информативна для чёткого фиксирования потребности больного в уходе, наблюдения в динамике за его способностью к самообслуживанию. Этим целям лучше отвечает приведённая выше таблица (табл. 2.2), в основу которой положен не принцип болезни, а степень нуждаемости в уходе.

Зависимость больного от посторонней помощи, его неспособность получать амбулаторное медицинское обслуживание вне собственного дома зависит от степени двигательной активности и состояния интеллектуальных функций.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Существует много методик определения двигательной активности: от высокотехнологичных (с использованием сложного компьютерного оборудования) до простых (анкетирование самого больного и лиц, ухаживающих за ним). Из последних методик наибольшее распространение в мире получило вычисление так называемого индекса активности повседневной жизни. Двигательную активность фиксируют в баллах (табл. 2.3), что позволяет определить состояние больного на текущий момент и выявить динамику этого параметра. Индекс как показатель двигательной активности весьма информативен для организации ухода за больным.

ЭКСПРЕСС-МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Экспресс-метод исследования психического статуса занимает 5–10 мин (если у больного нет резко повышенной отвлекаемости или тугоухости) (табл. 2.4). Иногда он позволяет выявить такие психические нарушения, которые при менее систематизированном подходе будут не замечены.

Используя данную методику, вы можете самостоятельно оценивать интеллектуальный статус больного, его потребность в уходе и на основании этих данных рационально организовывать уход на дому, в случае надобности консультируясь у медицинских специалистов и работников органов социальной защиты.

Таблица 2.1. Типы отношения больного к своему заболеванию и выбор стиля общения и соответствующей тактики по уходу

Типы отношения больного к болезни	Выбор стиля общения и тактики по оказанию помощи
<p>Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление активно действовать врачу в процессе лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидизации) переключение интересов на области жизни, доступные больному. При благоприятном прогнозе сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, на своей работе</p>	<p>Трудностей в общении с семьёй и медицинскими работниками, как правило, нет. Врач рекомендует такому больному полную программу лечения и восстановления, правомерно рассчитывая, что рекомендации его будут выполнены, а сотрудничество будет плодотворным. Все мероприятия по уходу связаны с активным участием больного. Сам он стремится к скорейшей и полной самостоятельности</p>
<p>«Уход от болезни в работу», несмотря на тяжесть заболевания. «Одержимость работой» выражена подчас больше, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активного образа жизни</p>	<p>Таким больным необходимо предоставить информацию о болезни. Они должны «узнать» очевидную болезнь. Больные сотрудничают с врачом неохотно, почувствовав улучшение, самостоятельно прекращают лечение до следующего обострения. Особое внимание при уходе необходимо обратить на оказание экстренной неотложной помощи, методы ухода при обострении</p>
<p>Отрицающий болезнь. Отказ от обследования и лечения. Легкомысленное отношение к болезни: «всё само собой пройдёт». Желание получить от жизни всё, несмотря на болезнь. Особые ситуации: больному не ватает информации о болезни (малообразованность); больные подвержены алкоголизации или наркотизированы. «Отрицание болезни» может наступить как психологическая защита, блокирующая тревогу</p>	<p>Такой больной всегда найдёт причину для тревоги. Ему необходима полная информация о болезни, лечении, программе восстановления. Отношения требуют «материнского» подхода. Ухаживающий человек и члены семьи должны быть терпеливы. Таких больных надо периодически подбадривать, поощрять</p>
<p>Тревожный. Беспокойство, мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых методов лечения, новой информации, «авторитетов». Постоянное тревожное состояние. Такие больные предпочитают слушать мнение других. Возникают опасения возможных осложнений болезни, неудач лечения, других неудач (в работе, в семье и т.д.). Защита от тревоги — приметы и ритуалы</p>	<p>Такой больной всегда найдёт причину для тревоги. Ему необходима полная информация о болезни, лечении, программе восстановления. Отношения требуют «материнского» подхода. Ухаживающий человек и члены семьи должны быть терпеливы. Таких больных надо периодически подбадривать, поощрять</p>
<p>Болезненный. Сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение и выискивание несуществующих болезней и страданий. Сочетание желания лечиться и неверия в успех лечения, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур</p>	<p>Больной доставляет много хлопот и неприятностей как врачу, так и членам семьи. Больной и члены семьи должны получить рациональную информацию о заболевании и рекомендации о лечении и процедурах по уходу. Больной «надоедает» семье и врачу. Многие семьи хотят «спихнуть» такого больного медикам: «болеешь, так лечись...». «Хорошо» такому больному не бывает никогда. Больному надо чётко прописать сроки проведения процедур и манипуляций, посещения врача, выполнения самостоятельных действий по уходу за собой. Если этого не сделать, больной может «привязать» к себе всех членов семьи и медицинских работников</p>
<p>Неврастенический. Вспышки раздражения, особенно при болях. Раздражение выливается на первого попавшегося и завершается раскаянием, часто со слезами. Непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, несдержанность, неспособность ждать облегчения. Поведение по типу «раздражительной слабости»</p>	<p>Больной склонен видеть недостатки во всём. Его всё раздражает (очередь к врачу, ожидание процедур, ожидание прихода родственников, сам факт болезни и т.д.). Своё раздражение больной часто выплёскивает на медиков, членов семьи, сиделку. Человек, ухаживающий за больным, не должен вступать с ним в длительные «оправдательные дискуссии». Вину (явную, а чаще мнимую) следует взять на себя («не всё безупречно в нашей...»). Это сразу успокаивает больного. Последующие отношения с ним должны быть построены по типу «взрослый–взрослый»</p>
<p>Меланхолический. Неверие в выздоровление или в улучшение состояния. Депрессия, пессимистический взгляд на окружающее. Неверие в успех лечения даже при явном улучшении объективных показателей</p>	<p>Требует «материнской» методики общения. В ходе обследования, лечения, ухода его надо подбадривать, хвалить за отдельные достижения, успехи. Больные отзывчивы на комплексные программы восстановления утраченных функций, программы профилактики</p>
<p>Безразличный. Безразличие к исходу болезни, результатам лечения. Утрата интереса к жизни. Пассивное исполнение назначений врача при настойчивом побуждении</p>	<p>Больной исповедует принцип: моё дело — болеть, ваше дело — лечить и ухаживать, если такое желание у вас есть. Всю инициативу в работе с такими больными надо взять на себя. Особенно важны поддержка семьи и постоянный контроль над выполнением рекомендаций врача (если больной самостоятелен)</p>
<p>Озабоченный. Озабоченность тем, что известие о болезни произведёт возможно неприятное впечатление на окружающих. Такого больного пугает, что окружающие будут считать его неполноценным, а он станет обузой для близких</p>	<p>Больной требует «материнского» подхода. Его следует всё время разубеждать в явных и мнимых опасениях, вселять веру в положительные результаты лечения</p>
<p>Болезнь напоказ. Страдания и переживания больного должны полностью завладеть вниманием окружающих. Другие люди, требующие внимания, воспринимаются как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Болезнь «условно приятна», больному «не выгодно» стать здоровым</p>	<p>Больной и вне болезни свойственны истерические черты характера. В болезни они обострены. Главное в работе с такими больными — избежать «порабощения», не выполнять всех прихотей, не допускать командования собой. Следует чётко определить, кто кого лечит и кто главный. Отношения надо строить по типу взрослый–взрослый. Семья должна знать об особенностях больного, её надо оградить от чрезмерной требовательности больного и всеобщего порабощения</p>

Типы отношения больного к болезни	Выбор стиля общения и тактики по оказанию помощи
Подозрительный. Воспринимает болезнь как результат злого умысла, сглаза, порчи. Процедуры, лекарства вызывают подозрения. Врачей, сиделок, членов семьи часто обвиняет в халатности, недобросовестности, лени и т.д.	Если больной прочно убеждён в сглазе, порче, наведённой болезни и хочет прибегнуть к услугам лиц, специализирующихся на «очищении жилища», не всегда следует отговаривать его. Напротив, после таких сеансов больные обретают покой, делаются более доступными для вмешательств медицинского персонала и активно участвуют в процессе лечения и ухода
Дистрофический. Настроение мрачное, озлобленное. Вид угрюмый. Ненависть к здоровым людям. Вспышки злобы с обвинением в своих болезнях других. Близкие должны во всём угождать больному (иногда «мнимому»)	Работать с такими больными трудно. Отношения должны быть по типу взрослый–взрослый. Благодарность не свойственна таким больным, и следует принимать его, какой он есть

Таблица 2.2. Потребность в уходе

Степень нуждаемости в уходе	Необходимая помощь
Потребность значительная	Необходимо: гигиенический уход, помощь при приёме пищи или при передвижении. Больным нужны как минимум две услуги однократно в течение дня; неоднократно в течение недели — помощь по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум, — 1,5 ч в день
Потребность весьма значительная	Необходимо: гигиенический уход, помощь при приёме пищи или при передвижении. Больным нужна помощь трижды в день в разное время дня и дополнительно неоднократно в течение недели — помощь по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум, — 3 ч в день
Уход крайне необходим	Больным постоянно необходима помощь при гигиенических процедурах, приёме пищи, передвижении, а также неоднократная помощь в течение недели по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум, — 5 ч в день

Таблица 2.3. Активность в повседневной жизни

Показатель	Число баллов	Характеристика
Приём пищи	10	Питается самостоятельно, использует и посуду, и приборы
	5	Необходима помощь, например, при разрезании продуктов
	0	Полностью беспомощен
Купание	5	Принимает ванну или душ без посторонней помощи
	0	Принимает ванну или душ с посторонней помощью
Умывание	5	Умывается, причёсывается, чистит зубы, бреется или использует косметику
	0	Необходима помощь
Одевание	10	Одевается и обувается самостоятельно
	5	Одевается частично самостоятельно
	0	Самостоятельно не одевается
Контроль акта дефекации	10	Полностью контролирует
	5	Частично не контролирует (например, ночью)
	0	Не контролирует
Контроль акта мочеиспускания	10	Полностью контролирует
	5	Частично не контролирует (например, ночью)
	0	Не контролирует
Пользование туалетом	10	Использует туалет или ночное судно самостоятельно
	5	Необходима посторонняя помощь (например, для сохранения равновесия, одевания и раздевания)
	0	Не использует туалет или ночное судно
Переход с кровати на стул	15	Самостоятельно
	10	Минимальная помощь или наблюдение
	5	Может сидеть, однако необходима помощь при переходе
	0	Не встаёт с постели
Передвижение	15	Самостоятельно может пройти не менее 50 м
	10	Самостоятельно может пройти не менее 50 м, но с поддержанием
	5	Не менее 50 м с роликовой подставкой
	0	Самостоятельно передвигаться на расстояние более 50 м не может
Подъём по лестнице	10	Может подниматься самостоятельно
	5	Необходима помощь или наблюдение
	0	Не может подниматься по лестнице
Общая сумма баллов на ___ г.	-	-

Таблица 2.4. Экспресс-метод исследования психического статуса

Задание	Максимальный балл
Ориентация. Попросите больного указать год, время года, месяц, число, день	5
Попросите больного сообщить, где он в настоящий момент находится (этаж, номер дома, город, область, страна)	5
Немедленное воспроизведение. Назовите три не связанных друг с другом предмета, затем попросите больного повторить	3
Внимание и счёт. Попросите больного последовательно вычитать из 100 по 7 (достаточно пяти вычитаний). Другой способ — попросите больного произнести слово наоборот	5
Отсроченное воспроизведение. Попросите больного вспомнить три предмета, названных при проверке немедленного воспроизведения	3
Речь и узнавание предметов. Укажите на карандаш и на ручные часы и попросите больного назвать эти предметы	2
Попросите больного повторить: ни «да», ни «но», ни «или»	1
Попросите больного выполнить последовательность из трёх действий (например, взять лист бумаги, сложить его вдвое, положить на пол)	3
Попросите больного выполнить письменную инструкцию (например, «закройте глаза»)	1
Попросите больного придумать и написать любое короткое предложение	1
Попросите больного перерисовать рисунок	1

Примечание. Максимальный общий балл — 30. Общий балл ниже 24 свидетельствует о возможном делирии или деменции; при этом общий балл от 18 до 23 указывает на лёгкие и умеренные нарушения, ниже 17 — на тяжёлые.

Осложнения при неправильном уходе за больным:

- пролежни;
- механические травмы;
- ограничение движения в суставах;
- застойная пневмония;
- нарушения глотания у лежачих пациентов.

Цели ухода за больными при неизлечимом прогрессирующем заболевании и когда полностью исчерпаны возможности лечения и медицинской помощи:

- облегчить боль;
- не стремиться ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- максимально использовать систему поддержки больного и членов семьи во время болезни и в период тяжелой утраты;
- предлагать помощь больному для поддержания самостоятельной активной жизни насколько это возможно до самой смерти.

КАК СПРАВИТЬСЯ СО СТРЕССОМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ

Присутствие больного человека дома влияет на всю семью. Самое тяжёлое бремя несут те, кто непосредственно ухаживает за больным. Постоянно подвергаясь воздействию стресса, эти люди должны знать, как можно себе помочь.

- Наладьте отношения с семьёй. Для одних людей, ухаживающих за больным, семья — самый лучший помощник, для других — источник огорчений. Не отвергайте помощь других членов семьи, если они располагают достаточным временем, и не взваливайте на себя всю тяжесть ухода за больным. Попросите помощи в специальных службах.
- Не держите свои проблемы при себе. Вам необходимо рассказывать другим свои впечатления по уходу за больным. Держа их при себе, вы затрудняете свою работу. Поймите, что ваши эмоции

в сложившемся положении — естественная реакция, и вам будет легче победить свои проблемы. Не отвергайте помощи и поддержки других, даже если вы думаете, что кого-то затрудняете.

- Оставляйте время для себя. Так вы сможете видеть других, заниматься любимым делом и, что важнее всего, получать от жизни удовольствие. Если вам необходимо на некоторое время уйти, постарайтесь найти человека, который сможет вас заменить.
- Учитывайте пределы своих возможностей. Сколько можете вы выдержать прежде, чем работа станет для вас непосильной? Большинство людей устанавливают пределы собственных возможностей до того, как уход за больным станет для них непосильной задачей. Если вы чувствуете, что переутомлены и работа превыше ваших сил, попросите помощи. Кризис необходимо предупреждать.
- Не вините ни себя, ни больного за трудности, с которыми вы сталкиваетесь. Помните: виной им лишь болезнь. Если вы думаете, что теряете связь с родственниками и друзьями, не вините ни их, ни себя. Попробуйте определить, что именно разъединяет вас, и обсудите эту проблему вместе с ними. Не забывайте, что ваши отношения с другими людьми могут быть для вас незаменимым источником поддержки, а это полезно как для вас, так и для больного.
- Следуйте советам других и не бойтесь искать совета. Для вас может быть весьма полезным получить совет у специалиста по поводу перемен, происходящих с больным.
- Не забывайте, как важны вы сами. Ваше состояние чрезвычайно важно как для вас самих, так и для больного. В его жизни вы незаменимы, без вас больной не смог бы жить. Это дополнительная причина беречь себя.