***Содержание***

Исторические аспекты ухода за больным

Определение понятия "Уход за больным". Виды ухода

Помощь при мочеиспускании тяжелого больного

Заключение

Литература

***Исторические аспекты ухода за больным***

"***Не думайте, что за больными может ухаживать всякий: это дело трудное, требующее и навыка, и уменья, и знаний, и любви к делу, и особого склада характера. Поэтому, если вы сами не обладаете этими качествами, то лучше поручите это дело другим" (*Флоренс Найтингейл (1820-1910), английская сестра милосердия)**

Первые сведения по уходу за больным были выявлены в мифологии древней Эллады. По легендам известно, что Лсклепий (лат. Эскулап) - бог врачевания, и одна из его дочерей Гигиен (отсюда термин гигиена) сыграли большую воспитательную роль в истории человечества. Лечение в греческих асклепийонах, созданных при храмах, в основном сводилось к внушению, применению водных процедур и массажа. В последующем древнегреческие и римские скульпторы отражали культ здоровья и красоты (обливание, растирание, массаж). Значительное место в работах Гиппократа и Галена отводилось диетическому лечению, стимулированию испарения кожи, растиранию и физическим упражнениям.

Наибольшие заслуги в организации ухода за больными принадлежат крупнейшему представителю медицины первой половины XIX века Н.И. Пирогову.

Личное участие Н.И. Пирогова в войнах на Кавказе, особенно в Крымской и русско-турецкой, послужило основой для осознания им факта, что "война есть травматическая эпидемия", что не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым на театре войны. Им впервые была предложена сортировка раненых, устраняющая сумятицу и неразбериху в вопросах очередности оказания помощи по медицинским показаниям. Велики его заслуги в привлечении сестер милосердия к уходу за ранеными в военных условиях. Ранее уход за раненым осуществлял фельдшер-костоправ и солдаты-носильщики войсковых подразделений.

В 1844 г. Великой княгиней Александрой Николаевной и принцессой Терезой Ольденбургской при участии Н.И. Пирогова на средства благотворительных организаций создана первая община сестер милосердия в Петербурге (с 1873-1874 гг. получившая название Свято-Троицкая). Медицинских сестер избирали из числа незамужних женщин в возрасте от 18 до 40 лет с бескорыстной любовью к людям. Они дежурили возле больных в больницах и на дому. Профессиональная подготовка сестер включала изучение ряда лечебных процедур и Санитарно-гигиенических правил. В 1847 году первые 10 женщин получили звание сестер милосердия.

Расцвет медсестринской помощи связан с образованием по инициативе великой княгини Елены Павловны в 1854 г. в Петербурге Крестовоздвиженской общины.Н.И. Пирогов ввел в работу сестер общины принципы специализации. Были отдельно выделены хозяйки, занимающиеся приготовлением и раздачей пищи; аптекарши, занимающиеся вопросами заготовки медикаментов и др.

В период Крымской войны (1853-1856) многие медицинские сестры, получившие подготовку в общинах, под непосредственным руководством Н.И. Пирогова были направлены в район боевых действий, где работали в медпунктах и госпиталях.Н.И. Пирогов был абсолютно прав, когда утверждал, что большая часть раненых погибает не столько от самих повреждений, сколько от "внутригоспитального" заражения. Наряду с другими мероприятиями он указал на необходимость улучшения общего состояния раненых, придавая особое значение диете и чистому воздуху.

Подобную же роль организатора ухода за больными на Западе (в Англии) сыграла Флоренс Найтингейл (F. Nightingale). Английская сестра милосердия детально изучила организацию медицинской помощи в больницах Германии и Франции, где уход за пациентами был возложен на нищих и проституток.

Во время Крымской войны с 38 помощниками она наладила полевое обслуживание раненых в английской армии, что резко сократило смертность в лазаретах. В 1860 г.Ф. Найтингейл организовала первую в мире школу медсестер в госпитале Сент-Томас (Лондон). Она являлась автором ряда работ о системе ухода за больными и ранеными, долгие годы была медицинским консультантом английской армии.

В 1912 г. Лига Международного Красного Креста учредила медаль им.Ф. Найтингейл как высшую награду медсестрам, отличившимся при уходе за больными и ранеными.

За рубежом понятию "уход за больным" соответствует термин "сестринское дело". Первое определение сестринского дела сформулировала в 1859 году в "Записках об уходе" Ф. Найтингейл, характеризуя его как "действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению".

# ***Определение понятия "Уход за больным". Виды ухода***

Уход за больным - санитарная гипургия (греч. hypourgiai - помогать, оказывать услугу) - медицинская деятельность по реализации клинической гигиены в стационаре, направленная на облегчение состояния больного и способствующая его выздоровлению. Во время ухода за больным воплощаются в жизнь компоненты личной гигиены больного и окружающей его среды, которые больной не в состоянии обеспечить сам из-за болезни. При этом в основном используются физические и химические методы воздействия на основе ручного труда медицинского персонала.

Уход за больным приобретает особое значение в хирургии как исключительно важный элемент при хирургической агрессии, который смягчает ее неблагоприятные последствия и в немалой степени влияет на исход лечения.

Уход за больными основан на положениях о личной и общей гигиене (греч. hygieinos - приносящий здоровье, целебный, здоровый), которые обеспечивают оптимальные условия быта, труда, отдыха человека и направлены на сохранение, укрепление здоровья населения и предупреждение заболеваний.

Совокупность практических мероприятий, направленных на реализацию гигиенических норм и требований, обозначается термином санитария (лат. sanitas - здоровье; sanitarius - способствующий здоровью).

В настоящее время в более широком смысле Санитарно-гигиеническая и эпидемиологическая деятельность в практической медицине называется клинической гигиеной (в стационарных условиях - больничная гигиена).

Уход за больным подразделяют на общий и специальный.

Общий уход включает мероприятия, которые необходимы самому больному, независимо от характера имеющегося патологического процесса (питание больного, смена белья, обеспечение личной гигиены, подготовка к диагностическим и лечебным мероприятиям).

Специальный уход - комплекс мероприятий, применяемый в отношении определенной категории пациентов (хирургических, кардиологических, неврологических и др.).

# ***Помощь при мочеиспускании тяжелого больного***

Помощь пациенту при мочеиспускании и дефекации является важнейшей составляющей ухода. Чтобы обеспечить профессиональный уход при физиологических отправлениях у хирургических пациентов, необходимо знать строение и основные принципы функционирования системы физиологических отправлений.

Строение и функции системы физиологических оправлений

**Мочевыделение**

Мочевыделительная система - система органов, формирующих, накапливающих и выделяющих мочу - состоит из пары почек, двух мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала - уретры (рис.).

Почки располагаются в забрюшинном пространстве книзу от грудной клетки, вблизи поясничного отдела позвоночника. Почечные лоханки продолжаются книзу мочеточниками, спускающимися к мочевому пузырю. Основной функцией почек является фильтрация из крови ненужных веществ, которые затем выделяются наружу с мочой.



Мочевой пузырь представляет собой полый мышечный орган, располагающийся забрюшинно в малом тазу. В устье мочевого пузыря располагается сфинктер, который замыкает просвет пузыря и удерживает в нем мочу. Мочевой пузырь служит для накопления мочи. Максимальный объем мочи в мочевом пузыре достигает 1 - 1,5 л. Размеры мочевого пузыря меняются в зависимости от его растяжения. При отсутствии заболеваний мочевой пузырь может спокойно удерживать 300 мл мочи в течение 2-5 ч.

Мочеиспускательный канал (уретра) является конечной частью выделительной системы. Мочеиспускательный канал отличается у мужчин и женщин - у мужчин он длинный и узкий (длиной 16-22 см, шириной до 8 мм), а у женщин - короткий и широкий. В мужском организме в уретру открываются протоки, несущие сперму.

Мочеиспускание. Мочевой пузырь наполняется мочой со скоростью порядка 50 мл/ч. Первые позывы к мочеиспусканию наступают при половинном наполнении (объем мочи 150-200 мл), а постоянный позыв на активное опорожнение - при 250-300 мл. Большинство людей без проблем выдерживают некоторое время после первых позывов к мочеиспусканию. Позывы становятся нестерпимыми лишь при наполнении мочевого пузыря до 1000-1500 мл, когда может произойти недержание мочи.



Одним из самых необходимых предметов ухода за тяжелобольными является мочеприемник. Изготавливаются они из стекла или металла и имеют овальную форму с вытянутым в короткую трубку отверстием. Форма трубки-отверстия женского и мужского мочеприемников несколько различна. Женщины чаще пользуются все-таки не мочеприемником, а подкладным судном. В последнее время все шире используют судна и мочеприемники, изготовленные из полимерных материалов. При соприкосновении с телом их поверхность быстро приобретает его температуру (эффект "теплого материала"). Кроме того, эти изделия легкие, хорошо очищаются, быстро и легко дезинфицируются.

В комнате, где больной вынужден совершать физиологические отправления, необходимо создать соответствующие условия, попросив всех выйти. У постели больного должен быть таз, вода и мыло - для мытья рук и, если необходимо, промежности. Подавая судно, опустите головной и ножной концы кровати так, чтобы кровать стала максимально плоской. Попросите пациента согнуть колени и приподнять таз. При необходимости больной может воспользоваться надкроватной опорой или другими опорными приспособлениями. Если сил у пациента не хватает, можно просунуть руки под нижнюю часть его спины и приподнять ее. Если больной не в состоянии вам помогать, переверните его сначала на бок, подставьте судно, затем поверните пациента обратно так, чтобы ягодицы легли на судно. После этого, если есть возможность, поднимите головной конец кровати, чтобы его положение максимально приблизилось к естественному положению при совершении дефекации. Если позволяют обстоятельства, оставьте пациента одного в комнате. После дефекации или мочеиспускания помогите ему переместиться с судна, опустите головной конец кровати. Судно или "утку" выносите плотно закрытыми крышкой или пеленкой. По окончании процедуры не забудьте проветрить комнату. Процедуру необходимо проводить в одноразовых перчатках. Сняв перчатки, руки еще раз необходимо тщательно вымыть.

Следует помнить, что многим мужчинам трудно пользоваться мочеприемниками в лежачем положении. В связи с этим по возможности при мочеиспускании нужно посадить больного в кровати или на кровати со свешенными ногами. Если больной может стоять, мочеиспускание удобнее совершать стоя.

Тяжелобольным, которые не контролируют физиологические отправления, надевают подгузники. Смену подгузников производят по мере наполнения их жидкостью, но не реже 2-3 раз в сутки.

уход больной мочеиспускание пациент

# ***Заключение***

Уход за больным приобретает особое значение в хирургии как исключительно важный элемент при хирургической агрессии, который смягчает ее неблагоприятные последствия и в немалой степени влияет на исход лечения.

Во время ухода за больным воплощаются в жизнь компоненты личной гигиены больного и окружающей его среды, которые больной не в состоянии обеспечить сам из-за болезни. При этом в основном используются физические и химические методы воздействия на основе ручного труда медицинского персонала.

# ***Литература***

1. "Сестринское дело в хирургии" издание пятнадцатое Ростов-на-Дону "Феникс" 2014 г.

2. Уход за хирургическими больными В.Н. Чернов, А.И. Маслов Москва 2012 г.

. Основы сестринского дела Ростов-на-Дону "Феникс" 2015 г.

. Новейший справочник медицинской сестры ООО "Дом Славянской книги" 2014 г.