## **РЕФЕРАТ**

## **Наблюдение и уход за больными пожилого и старческого возраста**

### *Особенности течения заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.*

**Течение многих** заболеваний у больных пожилого и старческого возраста имеет свои *характерные особенности*.

Так в структуре заболеваемости пожилых людей основное место занимаю такие патологии, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, болезни органов дыхания, заболевания опорно-двигательного аппарата. При этом у пациентов редко выявляется лишь одна болезнь; значительно чаще обнаруживают сочетание двух, трех, а иногда и более заболеваний, что создает дополнительные трудности в лечении и ухудшает прогноз в отношении выздоровления.

Многие распространенные заболевания могут протекать у пожилых больных скрытно, без четких *клинических симптомов*, но в то же время с наклонностью к развитию серьезных осложнений. Так *инфекционные и воспалительные* заболевания у пожилых больных нередко не сопровождаются повышением температуры тела, что обусловливается сниженной реактивностью их организма.

Язвенная болезнь у лиц пожилого возраста может протекать бессимптомно, проявляясь внезапно желудочно-кишечным кровотечением. Стертыми иногда оказываются и клинические симптомы острых хирургических заболеваний, что приводи к запоздалому началу лечения. Эти трудности порой связаны еще и с тем, что сам больной пожилого возраста подчас не может четко провести границу между здоровьем и болезнью, объясняя возникшее недомогание чисто "*возрастными"* причинами.

Сочетание у одного и того же пожилого человека нескольких заболеваний, утяжеляющих его состояние, делает нередко невозможным проведение полноценного обследования. Так из-за сопутствующих заболеваний (например, тяжело протекающей гипертонической болезни, нарушений сердечного ритма, перенесенного инфаркта миокарда) иногда не удается провести необходимое эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. Неспособность больного удерживать бариевую клизму делает невозможным проведение *ирригоскопии*.

В результате диагноз заболевания остается порой недостаточно ясным, что отражается и на эффективности лечения. Особенности действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста также создают сложности в лечении этих пациентов.

В результате структурных возрастных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта нарушается всасывание лекарственных препаратов, что отражается на лечебном эффекте. Кроме того, имеется возрастное снижение обезвреживающей функции печени и выделительной способности почек, а это способствует тому, что лекарственные средства и продукты их метаболизма медленно выводятся из организма. Это увеличивает кумуляцию препарата и развитие различных побочных эффектов. В связи с этим необходимо сначала назначать небольшие дозы препарата, с последующим индивидуальным повышением дозы в зависимости от переносимости.

**При организации** ухода за по пожилыми больными большое внимание уделяется *деонтологическим* аспектам, так как больные пожилого и старческого возраста как правило тяжело переносят ломку привычного стереотипа и с трудом приспосабливаются к новой больничной обстановке. Поэтому при отсутствии строгих показаний к госпитализации желательно, чтобы пожилой больной как можно дольше находился дома, в кругу семьи.

При уходе за больными пожилого и старческого возраста следует учитывать и их психологические особенности. У людей пожилого возраста часто отмечаются нарушения памяти.

*При уходе* за такими больными необходимо быть особенно тактичными и внимательными, постоянно напоминая о времени приема лекарств, проведения той или иной процедуры. В уходе за пожилыми больными большую роль играет создание оптимального лечебно-охранительного режима. У пожилых больных часто отмечается расстройство сна. Причинами нарушения сна могут быть возрастные расстройства, дневной сон, плохо подобранная кровать с продавленной сеткой, плохое проветривание помещения, храп соседей по палате, шум в коридоре и т. д.

Важное место в организации ухода за больными пожилого и старческого возраста занимает предупреждение травм и несчастных случаев, которые нередко встречаются у таких пациентов. Возрастное снижение зрения и слуха, шаткая походка с плохой координацией движения и легкой потерей равновесия приводят к тому, что больные падают, находясь в палате, коридоре, туалете, ванной комнате, что способствует возникновению при падении тяжелых переломов, нередко шейки бедра.

При многих заболеваниях (пневмонии, инфаркте миокарда, выраженной недостаточности кровообращения) больные длительно вынуждены лежать в постели, в результате чего могут возникнуть застойные явления в легких, образование тромбов в конечностях с последующими тромбоэмболиями в легочной артерии, затрудненное мочеиспускание, усиление запоров, тугоподвижность суставов.

*Профилактика* указанных осложнений предусматривает применение комплекса мероприятий: уход за почкой и предупреждение пролежней, растирание и массаж, лечебную физкультуру, борьбу с запорами (диетические рекомендации, прием легких слабительных растительного происхождения, слабощелочных минеральных вод). Тщательного ухода требуют пожилые больные с недержанием. В тех случаях, когда восстановить нормальное мочеиспускание уже не представляется возможным, необходимо постоянно пользоваться подкладным судном или мочеприемником.

*Важное место* в уходе за больными пожилого и старческого возраста занимает правильная организация питания. Поскольку у пожилых больных интенсивность обменных процессов в организме снижена, следует уменьшить калорийность пищи за счет уменьшения содержания жиров животного происхождения и углеводов. *Продукты*, содержащие грубоволокнистую клетчатку, нужно обязательно включать в пищевой рацион пожилых людей.

Следует ограничить потребление соли до 5-8 г в сутки. Без особых показаний не стоит ограничивать прием жидкости (менее 1-1,5 л в сутки), так как это может способствовать усилению запоров. При наклонности к запорам показано включение в пищевой рацион фруктовых соков и компотов, яблок, свеклы и других овощей и фруктов, стимулирующих перистальтику кишечника. У больных пожилого и старческого возраста восстановительные процессы протекают медленнее, чем у молодых людей, что определяет и более длительный период восстановительной терапии (реабилитации). Однако при настойчивом и продолжительном лечении можно добиться значительных успехов в реабилитации пациентов, перенесших даже очень тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения). *Неоценимую роль* при этом играет правильная организация ухода за пожилыми больными.

*Использование коммуникативных навыков при взаимодействии с пациентом*.

Общение - многоплановый процесс развития контактов между людьми. Общение играет немаловажную роль в жизни и деятельности людей. Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медработника и больного.

Самое главное это правильный настрой, который зависит от психического и от эмоционального состояния пациента. На состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему медработника. И если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению.

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями, характером медицинского работника. Кроме того, лицами, вовлечёнными в контакт с пациентом, могут быть врач, медсестра, студент. В лечебной деятельности формируется особая связь, особые отношения между медицинскими работниками и пациентами, это отношения между врачом и больным, медсестрой и больным.

Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, следует предположить неоднозначность контактов в системе взаимодействия медработник - пациент. Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо изучать психологические аспекты подобного взаимодействия.

Для медицинской психологии интересны мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также определённые ожидания пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медсестры. Таким образом, следует знать понятие коммуникативной компетентности, т.е. способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. Этот процесс подразумевает достижение взаимопонимания между партнёрами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения.

Следует отметить, что коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача и медсестры. При хорошем контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший результат, при гораздо меньших побочных эффектах и осложнениях. уход больной пожилой пациент

*Одной из основ лечебной деятельности является умение медработника понять больного человека.*

В процессе лечебной деятельности важную роль играет умение выслушать пациента, что представляется необходимым для формирования контакта между ним и медработником. Умение выслушать больного человека не только помогает диагностировать заболевание, которому он может быть подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на этот психологический контакт.

В клинике внутренних болезней специалисты имеют дело с соматогенными и психогенными нарушениями. И в тех, и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных. В их жалобах, кромеобусловленных основным заболеванием, много неврозоподобных. Например, жалобы на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за своё состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. Отмечаются даже различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности.

Такие нарушения часто наблюдаются у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. А неврозоподобная симптоматика часто может маскировать клинику основного заболевания. В результате этого феномена больные люди обращаются к специалистам различного профиля.

В обиходе часто приходится слышать о «хорошем» или «правильном» обращении с пациентом. И в противовес к этому, к сожалению, приходится слышать о «бездушном», «плохом» или «холодном отношении к больным людям. Важно отметить, что различного рода жалобы, возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических знаний, а также практики соответствующего общения с пациентами со стороны медработников. Различия взглядов медработника и больного.

Виды общения.

Выделяют следующие виды общения (Самыгин. С.И).

*«Контакт масок»* - это формальное общение. Отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника. Используя привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.). Набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику.

В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в ситуации - малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач - не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.

Примитивное общение. Оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен - то активно вступают в контакт, если мешает - отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипуляционного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов. Например, больничного листа, справки, формального экспертного заключения и др. С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача - в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача. Например, руководитель. Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

## *Формально ролевое общение*. Регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли.

Подобный выбор рода общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой. Например, у участкового врача на приёме.

*Деловое общение.* Общение, учитывающее особенность личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения.

При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний, и он склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.

*Духовное межличностное общение.* Подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения.

Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает такого контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медработника.

*Манипуляционное общение.* Также, как и примитивное оно направленно на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть:снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с уходом медработника от ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациентадемонстрация необходимости дополнительных и более квалифицированных воздействий со стороны медработника с целью получения вознаграждения.

Взаимодействие между пациентом и врачом не есть нечто навсегда заданное. Под воздействием различных обстоятельств они могут изменяться, на них могут повлиять более внимательное отношение к больному, более глубокое внимание к его проблемам. При этом сами хорошие отношения медработника и пациента способствуют и большей эффективности лечения. И наоборот - положительные результаты лечения улучшают взаимодействие между пациентом и медработником.

В настоящее время многие специалисты считают, что необходимо постепенно из процесса общения и лексикона вывести такие понятия, как «больной», заменив термином пациент, ввиду того, что само понятие «больной» несёт определённую психологическую нагрузку.

## Тактика медицинского работника.Общение с пациентом - важнейший элемент процесса лечения.

## Искусство сбора анамнеза - нелёгкое искусство. Выражаясь языком психологов, это управляемый разговор, предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором следует незаметно. Больной, с которым проводится беседа, не должен этого чувствовать. В процессе опроса у него должно создаваться впечатление непринуждённой беседы. При этом врачу необходимо оценить серьёзность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Всё это требует большого такта, в особенности, когда речь идёт о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни.

## Во время расспроса больного нужно всегда учитывать его культурный уровень, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства. Следует избегать пустых, ничего не значащих слов, потворства неразумным капризам и требованиям некоторых больных. Иными словами, нельзя предложить стандартную форму разговора медработника с пациентом. Здесь необходимтворческий подход.

## Особое внимание следует обратить на больных престарелого возраста и детей. Отношение врача или медсестры к ребёнку, пациенту зрелого возраста и старику, даже при одинаковой болезни, должно быть различным, что обусловлено возрастными особенностями этих больных.

## Для проявления доверия к медработнику имеет значение первое впечатление, возникающее у пациента при встрече с ним. При этом значение для человека имеет и мимика медицинского работника, и его жестикуляция, и тон голоса, и выражение лица, вытекающие из предыдущей ситуации, не предназначенные для больного, употребление сленговых речевых оборотов, а также его внешний вид. Например, если больной человек видит врача неопрятного, заспанного, то он может потерять веру в него, часто считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться о других. Различные отклонения в поведении и во внешнем виде пациенты склонны прощать только тем медработникам, которых они уже знают и к которым испытывают доверие.

## Медработник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен. В основном, в тех случаях, когда его манера поведения - настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью. Следует отметить, что, принимая серьёзное решение, врач должен представлять себе результаты такого решения, последствия его для здоровья и жизни пациента и повышать в себе чувство ответственности.

## Особые требования к медработнику предъявляет необходимость быть терпеливым и владеть собой. Он должен знать течение заболевания и его возможные исходы. Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако, без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как «смеяться вместе с больным, но никогда - над больным», известен многим. Однако некоторые больные не переносят юмора даже с добрым намерением и понимают его как неуважение и унижение их достоинства.

## Имеются факты, когда люди с неуравновешенными, неуверенными и рассеянными манерами постепенно гармонизировали своё поведение по отношению к другим. Это достигалось как путем собственных усилий, так и при помощи других людей. Однако, это требует определённых психологических усилий, работы над собой, определённого критического отношения к себе, которая для медработника есть и должна быть сама собой разумеющейся.

## Отметим, что медработник - молодой специалист, о котором больные знают, что он обладает меньшим жизненным опытом и меньшеё квалификацией, находится при поиске доверия больных и в более невыгодном положении по сравнению со своими старшими коллегами, имеющими опыт работы. Но молодому специалисту может помочь сознание того, что этот недостаток преходящий, который можно компенсировать добросовестностью, профессиональным ростом и опытом.

## Вообще, уравновешенная личность медработника является для пациента комплексом гармонических внешних стимулов, влияние которых принимает участие в процессе его лечения, выздоровления реабилитации. Медработник может воспитывать и формировать свою личность, в том числе и наблюдая за реакцией на свое поведение непосредственно. Скажем, по разговору, оценке мимики, жестов больного. Также и косвенно, когда о взгляде на своё поведение он узнаёт от своих коллег. Да и сам может помогать своим коллегам, направлять их в сторону более эффективного психологического взаимодействия с пациентами.

## Медсестраи больной, принципы общения с пациентом.Положение и роль медсестры приобретает в наше время большее значение. Она проводит с больным значительно больше времени, чем врач. Больной у неё ищет понимания и опоры. Работа медсестры связана не только с большой физической нагрузкой, но и с большим эмоциональным напряжением. Очень важно установить контакт с больным. Сестра постоянно находится среди больных, поэтому её четкие действия и профессиональное выполнение предписаний врача, её доброжелательное, теплое отношение к больному оказывают на него психотерапевтическое действие. Медсестра должна уметь проявить понимание трудностей и проблем больного, но не должна стремиться решать эти проблемы.

## Медсестре не следует высказываться по поводу невыясненных проблем больного, не посоветовавшись с врачом.В контакте между сестрой и больным большое значение имеет личность медсестры. Сестра может любить свою профессию, обладать прекрасными техническими данными и навыками, однако, если она в силу личностных особенностей часто конфликтует с больными, её профессиональные качества не дают должного эффекта. Путь к истинному мастерству всегда долгий и нелегкий. Поэтому необходимо выработать нужный стиль работы и овладеть искусством благоприятного воздействия на больных.

Существует несколько моделей взаимоотношений медработников и пациентов. Одна из них выглядит следующим образом (Роберт Вич, 1992 год):

· *Патерналистская*( лат.pater - отец) - модель характеризуется тем, что медперсонал относится к пациентам как родители относятся к своим детям. При этом они берут большую часть ответственности на себя.

· *Инженерная* - модель характеризуется тем, что выявляются и восстанавливаются какие-то функции и устраняются поломки в организме пациента. Межличностный аспект здесь почти целиком игнорируется.

· *Коллегиальная* - модель характеризуется полным взаимным доверием медперсонала и пациентов. Стремясь к общей цели, врач или медсестра становятся “друзьями” больного.

· *Контрактная* - модель, которая выглядит как юридически оформляемый договор с пациентом. Именно эта модель предполагает последовательное уважение прав пациента.

Существуют несколько правил эффективного знакомства с пациентом:

. Создать приятную атмосферу при разговоре. Во-первых, оцените освещение. Слишком много или мало света может утомлять или напрягать Ваши глаза и глаза пациента. Будет ли мешать шум Вам или больному сконцентрировать внимание на вопросах? Если Вы не можете его устранить, предложите перейти в другое помещение для продолжения разговора. Ваш пациент может вести себя скованно, если почувствует, что разговор кому-нибудь мешает. Если возможно, попробуйте спланировать знакомство так, чтобы соседа по палате в этот момент не было. Попросите посетителей выйти временно в холл, но дайте возможность присутствовать друзьям или членам семьи, если больной этого пожелает.

Готов ли пациент к разговору? Если он устал, боится чего-либо, у него что-то болит, он будет слишком удручен и будет неразговорчив. Перенесите знакомство. При наличии у пациента боли, выполните манипуляции, назначенные врачом. Отведите на разговор не меньше 15 минут. Не спешите; для хороших результатов беседа может продлиться и час. Предположим, что у Вас нет времени для непрерывного разговора. Разделите его на несколько частей и объясните больному, почему Вы это делаете.

.Получите всю имеющуюся информацию о Вашем пациенте до разговора с ним. Найдите как можно больше информации из доступных источников и предыдущих мест лечения (если они были). Таким образом, Вы сэкономите свое время и не утомите больного. Тем не менее, постарайтесь быстро сделать выводы из полученных сведений, так как больной мог не дать полную информацию до этого. Убедитесь, что у Вас есть правильный адрес больного, телефон, возраст, место работы и так далее.

. Попробуйте добиться доверительных отношений с вашим пациентом. Прежде чем перейти к сути разговора, поговорите с ним минут 5 на отвлеченные темы. Проявите неподдельный интерес к тому, что он Вам говорит. Заинтересованный взгляд и периодическое повторение его слов помогут добиться желаемых результатов. Если Вы выглядите резким, недоступным, безразличным - он не доверится Вам. Разъясните цель разговора больному, чтобы он понял, какую пользу он извлечет из этого. Подчеркните необходимость в его честности и открытости. Приведите примеры того, как полученная информация помогла определить правильное лечение и уход.

. Задайте тон разговора. Начните разговор с вопроса: "Как Вы себя чувствуете?" или "Что Вас беспокоит больше всего?" Дав ему выговориться о его болезни, Вы можете выявить симптомы, подлежащие обследованию. Это также поможет оценить эмоциональное состояние больного и его уровень понимания. Не разглашайте информацию, полученную от больного. Дайте возможность больному отвечать на Ваши вопросы свободно, но если он слишком уклонится от темы - возвратите его к предмету разговора. Чтобы сделать это тактично задайте ему вопрос, касающийся его болезни: "Расскажите еще о боли в ногах". В ходе разговора контролируйте себя, говорите просто и понятно. Избегайте использования медицинских терминов. Ваш пациент не захочет оставаться в неведении относительно их. Не уверены, что больной понял вопросы? Попросите его повторить своими словами то, что Вы сказали. Обратите особое внимание на то, что он ответит. Осознает ли пациент, что он болен? Таким образом, поняв чувства пациента, Вы поможете себе узнать больше о нем.

. Формулировка точных вопросов. Попробуйте задавать вопросы, требующие больших ответов, чем "ДА" или "Нет". "Незаконченные" вопросы концентрируют внимание пациента и заставляют его давать более полные ответы. Если больной просит обратить внимание на одну из его жалоб, попросите рассказать о ней подробней. Детальные описания важны при употреблении больным незнакомой Вам терминологии. Прислушивайтесь к ответам Вашего пациента. Они могут повлечь за собой другие вопросы.

. Делайте заметки. Не пытайтесь запомнить всю информацию, которую Вы получили от больного.Вместо этого кратко запишите даты, время, ключевые слова или фразы и используйте их позже, чтобы дополнить записи.

Можно выделить **10"ДА" ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ:**

1. Беседу с пациентом начинайте с указания Вашего имени и должности, а также сообщения цели беседы. Обращайтесь к Вашему пациенту только по имени - отчеству и на "Вы".

. Смотрите пациенту в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобрительно кивайте.

. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Это очень важно!

. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, с каждым на его языке.

. Поощряйте вопросы Вашего пациента.

. Обеспечьте тишину и конфиденциальность Вашей беседы.

. Внимательно слушайте.

. Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.

. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологической атмосферы.

. Поддерживайте пациента поощрительными замечаниями после каждого удачного действия. Реагируйте на каждое движение. Очень важно при этом прикасаться к пациенту: поглаживать по спине, нежно взять за локоть или за руку, чтобы похвалить.

Существуют также и **10 "НЕТ" ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ:**

1. Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.

. Не раздражайтесь, если приходится снова и снова задавать один и тот же вопрос.

. Не всегда можно ожидать блестяще выполненное задание после Ваших инструкций.

. Не нагружайте больного слишком большой ответственностью.

. Не требуйте точной идентификации имен мед.персонала, названий предметов или лекарств.

. Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к Вам.

. Не ругайтесь и не спорьте с пациентами.

. Говорите с пациентами конкретно - не давайте им возможность большого выбора.

. Не показывайте своих чувств, особенно, если расстроены.

. Не повышайте голоса!

Таким образом, общение с больным является неотъемлемой частью лечебного процесса, его естественной составляющей, от которой зависит успех лечения, его продолжительность, а также период восстановления после болезни.

**Литература**

1. ЗаликинаЛ.С.. Общий уход за больными. М. Медицина. 1984.

2. “Учебный материал по сестринскому делу”. Бишкек. «Кыргызстан», 1997. - 688 с. “LEMON” (проект ВОЗ).

. «Общий уход в терапевтической клинике», под.ред. проф. Ослонова., М., МЕД пресс-информ .2002.

4. Обуховец Т.П. Основы сестринского ухода: Учеб.пос. для мед. колледжей.- Ростов-н/Д: Феникс,2000.- 448 с.

. ОбуховецТ.П., СкляроваТ.А., ЧерноваО.В., «Основы сестринского дела». - Ростов-на-Дону., - Феникс, 2001.

6. МухинаС.А., ТарновскаяИ.И.. Общий уход за больными. М. Мед., 1989.

. ГребеневА.Л., ШептулинА.А., ХохловА.М.. Основы общего ухода за больными: Учеб.пособие.- М.: Медицина, 1999. - 288 с.

. Санитарные правила и нормы. «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству стерилизации и дезинфекции изделий медицинского назначения», Приказ № 96 от 31 января 2003 года, МЗ РК.

9. Мурашко В.В., Шуганов Е.Г., Панченко А.В., Общий уход за больными.- М.: Медицина 1988 .

10. Никитина А.В. Маштакова Г.С., Всё по уходу за больными в больнице и дома. М.: Медицина 1998 .

. Лычев В.Г., Карманов В.К., Основы сестринского дела в терапии. -Ростов н/Д: Феникс, 2006 -512 с.

12. Ослонов В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учеб.пособие для вузов. М: ГЭОТАР- Медиа , 2005,-396 с.

13. Яромич И.В. Сестринское дело. Минск Высшая школа - 2001 - 431 с.

14. Фомина И.Г. Общий уход за больными.- М.:Медицина,2000.

. Николаев Л.А. Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях иуход за больными. - Минск, Высшая школа.,-1997,2000.

. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии.Серия «Медицина для вас».Ростов н.Д.-Феникс,2003 - 408 с.

. Мостицкая Р.М., Медсестра врача общей (семейной) практики. -Ростов н/Д: Феникс, 2006 -480 с.

18. Stephanie’s. Principles and practice of nursing. Vol.1. Nursing arts procedures. By Sr. Nancy. 2005. P. 1-22.

. L.C.Gupta, U.C.Sahu. Practical nursing procedure. 2003.

20. V.M. Bogolyubov. Internal diseases. Mirpublishers. Moscow. 1987. P.11-18.