

МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Исполняющий обязанности
главного редактора*
Абаев Юрий Кафарович

Редакционная коллегия:

Е. М. Бильдюк (отв. секретарь)

Л. И. Алехнович

А. А. Астапов

А. М. Дашкевич

Н. И. Доста

О. Н. Катова

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

В. А. Тавтын

С. Ф. Южик

Адрес редакции: ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск
Телефон +375 17 368-21-48. E-mail: medznanija@mail.ru
<http://www.medsestra.by>

Подписные индексы:

для организаций — 749062

для индивидуальных подписчиков — 74906

Стиль-редактор Е. М. Бильдюк

Компьютерная верстка С. А. Шуляк

Свидетельство о государственной регистрации средства
массовой информации № 563 от 20.07.2009, выданное
Министерством информации Республики Беларусь

Подписано в печать 01.02.2023

Тираж экз.

Заказ

Государственное предприятие
«СтройМеднаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

Ул. В. Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск

При использовании материалов журнала ссылка
на «Медицинские знания» обязательна.

© Учреждение «Редакция журнала
«Здравоохранение», 2023

Научно-практический журнал
для специалистов
со средним
медицинским
образованием

1(145)

январь – февраль, 2023

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции

Клипное сознание _____ 2

Тема номера

А. А. Астапов

Джин вылетел из бутылки _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Кормление ослабленного и тяжелобольного человека _____ 7

Трибуна преподавателя

Л. Э. Кузнецова

Оценка репродуктивного здоровья девушек _____ 16

Обмен опытом

Т. В. Матвейчик

Правила работы медицинских работников с семьей пациента
в ходе переживания горя (сопровождение в умирании) _____ 19

Простая кулинария _____ 28

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманович

Как стать лучше с помощью позитивного самовнушения _____ 30

ISSN 1027-7218



9 771027 721803



2 3 0 0 1

КЛИПОВОЕ СОЗНАНИЕ

Дорогие коллеги!

Опыт преподавания в медицинском вузе свидетельствует о разительном отличии современных студентов от их сверстников конца прошлого столетия. Бурное развитие информационных технологий не только привело к трансформации средств коммуникации, возник принципиально новый вид мыслительной деятельности. Появились термины «экранная культура», «клиповое сознание», «клиповое мышление». Формируется такая форма восприятия, как зеппинг (англ. channel zapping – переключение каналов телевизора), когда создается новый образ, состоящий из фрагментов информации и отрывков впечатлений, не требующий воображения, рефлексии, осмысления и анализа. Постоянно происходит «перезагрузка», «обновление» информации, когда все сначала увиденное без временного разрыва теряет свое значение, устаревают. Если старшее поколение сохранило понятийное мышление – способность к осмыслению, сравнению, критике, то для «поколения быстрых кнопок» все более характерным становится клиповое мышление – динамичное, мозаичное восприятие информации в сжатой форме, не требующее рефлексии. Типичное рассуждение: «Вот, блин, зачем думать самостоятельно, если можно спросить Google или Yandex?»

Клиповое мышление – это процесс отражения различных свойств объектов без учета связей между ними, характеризующийся фрагментарностью, алогичностью, высокой скоростью переключения между отрывками информации и отсутствием целостной картины окружающего мира. При клиповом мышлении происходит постоянное «обновление» информации, исчезает необходимость запоминать и осмысливать, все увиденное быстро теряет свое значение. Поверхностное потребление информации не позволяет анализировать и решать сложные задачи, усваивать многоплановые тексты. Глубокий мыслительный процесс заменяется визуальными быстро сменяющимися друг друга раздражителями, напоминая судорожное переключение пультом телевизионных каналов. Поскольку информация воспринимается фрагментарно, без анализа и синтеза, вербальное общение примитивно: скудный словарный запас, неумение четко и грамотно выразить свою мысль, обильное цитирование мемов из социальных сетей, частое употребление слов-паразитов (короче, типа, ну, как бы, скажем и др.), а также «мекание» (заполнение пауз, возникающих при спонтанной речи).

Исследование индивидуальных особенностей памяти у студентов-медиков первого курса показало, что у них плохо развиты слуховая, образная и оперативная память. Нынешние студенты одновременно слушают музыку, общаются в чатах, заходят на интернет-сайты, разговаривают по скайпу, скачивают рефераты. Именно скачивают, а не пишут самостоятельно. Многие не умеют фиксировать внимание, адекватно воспринимать и запоминать длинные тексты, углубляться в суть предлагаемой информации, а это снижает коэффициент усвоения знаний, умений и навыков. Клиповое мышление уменьшает способность к длительной концентрации внимания. Сосредоточенности хватает на 10–15 мин, после чего в памяти остаются лишь отдельные факты. Вот почему, читая лекцию, преподаватель зачастую не может «достучаться» до ума и сердца слушателей.

Человека с клиповым сознанием не интересуют онтологические проблемы, его душу не тронут шедевры мирового искусства – слишком сложны для восприятия и требуют специальных знаний. Все происходящее вокруг – лишь короткие новости бесконечного серфинга в интернете или телевизоре. Сегодня убили столько-то людей, завтра еще столько, и все это внедряется в сознание между рекламой. Жестокость и насилие, которые в изобилии поглощаются с экранов телевизоров и каналов на YouTube, повышают порог чувствительности к человеческим страданиям, теряется столь важная способность сочувствовать и сопереживать. Все это несовместимо с формированием профессиональных компетенций будущего врача, фельдшера, медсестры.

Перед медицинской школой стоит непростая задача. Проблема заключается в том, что преподаватели – это в основном «люди книги», а студенты – «люди экрана», и им надо понимать друг друга. Критиковать бесполезно, это не научит правильно мыслить, наоборот, снизит самооценку и интерес к учебе. Там, где сознают опасность клипового мышления, разрабатывают специальные тренинги, учат фиксировать внимание на одном предмете. Самый простой и доступный метод – чтение художественной литературы. В отличие от телевидения и интернета, где восприятием зрителя управляют, при чтении образы человек создает самостоятельно. Чтение позволяет оценить весь контекст, дает возможность анализировать информацию, видеть мир не с одной, а с разных сторон.

Полностью избавиться от клипового мышления вряд ли возможно, его следует сдерживать и корректировать. Клиповое мышление обладает не только недостатками – это развитие одних когнитивных навыков за счет других, пока еще это «младенец в колыбели», и что из него вырастет, покажет будущее. Нужно искать формы и методы учебной работы, адекватные сложившимся обстоятельствам, помочь будущим медикам научиться целостно смотреть на окружающий мир и свою будущую профессию.

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Доцент А. А. Астанов

ДЖИН ВЫЛЕТЕЛ ИЗ БУТЫЛКИ

Белорусский государственный медицинский университет

В 2019 г., а именно с 14 ноября, началась пандемия нового штамма коронавируса, который ранее не встречался на земном шаре и который не имел такого широкого распространения, интенсивной передачи с высокой заболеваемостью и смертностью. Достаточно было в городе появиться одному пациенту с коронавирусной инфекцией, как начинал интенсивно развиваться эпидемический процесс. Это произошло и в Республике Беларусь, когда после каникул в инкубационном периоде в г. Минск вернулся студент из Ирана для продолжения учебы и который заболел в нашей стране. Эпидемический процесс при коронавирусной инфекции благодаря современным средствам связи с разными государствами развивается молниеносно, и за короткий промежуток времени заболеваемость распространилась по всему миру. Достаточно было кратковременного контакта, чтобы инфицироваться и заболеть. Вирус обладал высокой летучестью, и заражение могло произойти на расстоянии нескольких десятков метров. Кроме высокой летучести коронавирус обладал и высокой устойчивостью во внешней среде: на дереве и стекле сохранялся до 4 суток, на пластике – 2–3 суток, на картоне – 24 ч, на деньгах – 4 ч, в воздухе – 3 ч, на бумаге – более 2 ч. Пик заболеваемости в нашей стране пришелся на 2020 г., когда все следили за сводками по заболеваемости, как во время военных действий: сколько заболело, сколько из них госпитализировано, сколько выздоровело, и самая печальная цифра – сколько умерло.

Появление «нового» вируса привлекло особое внимание ВОЗ, руководителей государств, а тем более медицинскую общественность в виде научных работников (эпидемиологов, вирусологов, медицинских генетиков, бактериологов), не говоря о практикующих медицинских работниках. В этой ситуации проявилось истинное значение клятвы Гиппократова, когда многие врачи не выходили сутками и неделями из отделений, особенно ОИТР, выхаживая тяжелых пациентов. Появились и новые проблемы в здравоохранении, в частности, недостаточная обеспеченность дыхательной аппаратурой, запасами кислорода и даже пуль-

соксиметрами. Проблемы медицинского обеспечения решались оперативно, так как проблема коронавирусной инфекции находилась на контроле у глав государств. Напряжение в здравоохранении было таково, что инфекционные стационары не справлялись с потоками пациентов, и приходилось самые разнообразные больницы и отделения (гинекологические, онкологические, хирургические, терапевтические, кардиологические и др.) перепрофилировать для госпитализации и лечения ковидных больных. Особая нагрузка выпадала на врачей-инфекционистов и эпидемиологов. Это уже были не теоретические занятия по особо опасным инфекциям, а конкретная работа с этими инфекциями, когда медицинский работник мог стать очередным заболевшим. Думаю, что «красную» зону многие медицинские работники до сих пор с ужасом вспоминают, когда более 6 ч нужно было находиться в противочумном костюме без возможности сходить в туалет и поесть.

Довольно быстро были описаны клинические особенности течения ковидной инфекции, при которой наблюдается поражение различных органов и систем. Прежде всего это были проявления респираторной инфекции с довольно быстрым развитием вирусной пневмонии на фоне выраженной общей слабости, респираторного синдрома, головной и мышечных болей. Опорными клиническими симптомами у пациентов была потеря вкуса и обоняния. (Автору данной публикации довелось перенести ковид в тяжелой форме, и он до сих пор помнит отсутствие вкуса от красивейших помидоров, которые передали ему друзья в стационар. Подумал, что за траву они передали, а только потом дошло, что он потерял и вкус, и запах.) Необычным для первой волны заболеваемости ковидом было довольно быстрое развитие поражения легких с развитием вирусной пневмонии, которая проявлялась клинически в виде одышки, цианоза и нарушения сатурации крови. Аускультативно и рентгенографически поражение легких плохо выявлялось, и только использование компьютерной томографии (КТ) легких позволяло достовер-

Тема номера

но обнаруживать «матовые стеклышки» в ткани легких и ориентировочно определять процент поражения легких.

В течение 2021–2022 гг. начала происходить мутация коронавируса. Ученые начали сообщать о появлении новых сублиний коронавируса в различных странах и на разных континентах. Их стало столько много, что для их обозначения начали использовать не только греческие буквы, но и арабский алфавит.

Вариант омикрон распался на множество подвариантов, начиная с ВА.1 и до ВА.5. Субварианты омикрона являются причиной большинства заболеваний COVID-19 в мире. Научные работники во всем мире следят за мутациями омикрона и считают, что лучшей защитой от заболевания тяжелой формой COVID-19 и госпитализации независимо от подварианта вируса являются вакцинация и своевременная ревакцинация.

Осенняя волна в 2022 г. в Сингапуре, вызванная рекомбинантным вариантом ХВВ (он же грифон), вызвала прирост инфицированных пациентов старше 60 лет, среди них доля нуждающихся в кислородной поддержке составила 0,2%, в госпитализации в ОРИТ – 0,03%, смертельный исход – 0,02%. Каждая новая мутация дает возможность вирусу избежать первой линии защиты, но иммунитет ослабевает и вирус быстро изменяется.

Современная клиника коронавирусной инфекции

В настоящее время практически исчезли необычные клинические проявления коронавирусной инфекции в виде потери вкуса и обоняния. Это были основные необычные проявления на фоне выраженного респираторного синдрома с температурой и развитием вирусной пневмонии, которая трудно диагностировалась клинически и рентгенологически. При первой волне COVID-19 в клиническую практику внедрили пульсоксиметр для определения сатурации кислорода и начали более широко применять КТ легких для диагностики пневмонии. (Каждое новое, ранее неизвестное заболевание является толчком для внедрения новых методов обследования и поисков лечения. Так, эпидемия ВИЧ/СПИД послужила толчком к разработке иммунологических методов диагностики.)

Последующие эпидемии коронавирусной инфекции протекали несколько легче, с меньшей долей госпитализаций в стационар и/или ОРИТ и снижением летальности. По мнению многих ученых, это было связано с тем, что заболела часть населения, которая перенесла коронавирусную инфекцию субклинически под маской ОРИ (ОРЗ), и большая часть населения была полностью привита против COVID-19.

В современной клинической картине коронавирусной инфекции на первое место вышел такой симптом, как выраженная боль в зеве при глотании на фоне нормальной температуры (повышена только у 13% пациентов в выборке из 17 500 человек). Остальные симптомы в виде головной боли, сухого кашля или с мокротой, охриплости голоса, насморка, мышечных болей не позволяют отличить COVID-19 от обычной ОРИ (ОРЗ) у конкретного больного. Выраженная слабость, недомогание, одышка, потеря обоняния – субъективные симптомы, которые выявляются при сборе анамнеза. Следует обратить внимание на симптом гипотермии в периоде ранней реконвалесценции, когда температура после тяжело перенесенного заболевания коронавирусной инфекцией держится на уровне 35,0–36,0 °С.

В остром периоде заболевания поражаются самые разнообразные органы и системы с обострением хронических очагов инфекции, которые могли протекать субклинически.

Кроме респираторного синдрома могут наблюдаться дисфункция кишечника, миокардит, панкреатит, нефрит, поражение кожи и выпадение волос с последующим отрастанием в виде волнистых волос, поражение нервной системы. Выраженное влияние вируса на свертывающую систему с развитием мультисистемного синдрома с склонностью к гиперкоагуляции с последующими тромбозами в различных органах и системах.

Методы лабораторной диагностики SARS-Cov-2: 1) выявление вирусной РНК методом ПЦР в респираторных пробах; 2) серологически – антитела IgA, IgG, IgM после 14-го дня, то есть после появления антител в сыворотке крови. Антиген COVID-19 исчезает к 4-му дню.

Конечно, при высокой контагиозности COVID-19 трудно ожидать эффективности от контроля над заболеваемостью и улучшения показателей исхода у заболевших пациентов.

Примерно у 50% детей наблюдаются высокая температура, выраженная слабость, миалгия, сухой кашель, заложенность носа, боль в горле, диарея, боли в животе, рвота и тошнота. У 20% может быть только один симптом, например только понос. У 15–45% пациентов детского возраста наблюдается так называемое вирусоносительство.

Клинические проявления тяжелой формы COVID-19: дыхательная недостаточность, коагулопатия, мультисистемный воспалительный синдром, шок, острая дыхательная недостаточность, вирусиндуцированный цитокиновый шторм с активацией процессов коагуляции и фибринолиза. Отложенные эффекты масочного режима и низкой заболеваемости гриппом, РС-инфекцией и други-

ми ОРИ окажут отрицательное влияние на другие воздушно-капельные инфекции. Об этом свидетельствует вероятность эпидемии в Республике Беларусь в 2023 г. в виде гриппа, РС-инфекции и COVID-19, особенно на фоне негативного отношения населения к масочному режиму, соблюдению дистанции между людьми и другим мероприятиям.

Коронавирус часто сопровождается диарейным синдромом, который может быть первым проявлением инфекции SARS-Cov-2 у 48,5–60% пациентов с COVID-19, в 12% случаев может быть единственным проявлением коронавирусной инфекции.

Показания для госпитализации:

- сатурация – 93% и ниже;
- частота дыхания – 30 в минуту и более для взрослых;
- поражения легочной ткани – 30–50% и более.

В настоящее время в Республике Беларусь появились два лекарственных препарата с доказанной эффективностью против коронавируса, а именно «Скайвира» (принимается внутрь) и «Ремдесевир» (вводится внутривенно). Эти препараты наиболее показаны для лечения угрожаемых контингентов населения: пожилых людей и людей с фоновыми заболеваниями в виде патологии легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, сахарным диабетом и иммунодефицитными состояниями, почечной и печеночной недостаточностью.

Вакцинопрофилактика является единственным средством для снижения заболеваемости, уменьшения тяжести течения болезни и снижения летальности. Какую бы пропаганду ни проводили антиваксеры (противники прививок) против прививок, но будущее за вакцинами. Создание иммунной прослойки через население до 95–99% позволяет не только снизить заболеваемость, но и решить другие проблемы. Медицинскими работниками ликвидированы натуральная оспа и практически полиомиелит, краснуха, корь, паротитная инфекция. При COVID-19 также видно положительное влияние на заболеваемость, тяжесть течения болезни, уменьшение госпитализаций и летальных исходов. Достаточно после прививки повышения температуры более 38,0 °С, как начинается крик о тяжелой реакции на прививку, а повторное заболевание на фоне вакцинации – «прививки не эффективны, и их не нужно применять». (Кто видел прививку против натуральной оспы вакциной коровой оспы, которые проводила Екатерина II себе и своему престолонаследнику Павлу, тот понимает, что такое реакция на прививку. А ведь это было начало вакцинопрофилактики в России.)

Механические средства профилактики коронавирусной инфекции всем хорошо известны

и, наверное, даже немного надоели. Посмотрите на экран телевизора, на весь мир – и вы увидите масочный режим в лействии, когда все в масках. А в нашей стране: зайдите в общественный транспорт, а там 5–10 человек в масках, а остальные 30–40 – без масок. О какой технической составляющей борьбы приходится писать? Угрожающими контингентами по заражению и исходом новой коронавирусной инфекции являются лица с хроническими заболеваниями легких, сердца, почек, а также лиц с избыточной массой тела (ИМТ > 30), сахарным диабетом и старше 60 лет.

После перенесенного заболевания независимо от тяжести течения может развиваться постковидный синдром, который характеризуется выраженной утомляемостью, слабостью, одышкой, психическими нарушениями, «туманом» в голове, а также сохранением в крови антител во фракции IgM от нескольких дней до нескольких месяцев. У каждого восьмого пациента, по данным литературы, постковидный синдром длится более 4 недель, у 4,5% – более 2 месяцев, у 2,3% – более 3–6 месяцев. Действенных методов по предупреждению и лечению постковидного синдрома не разработано.

В борьбе с постковидным синдромом кроме психологических методик необходимо определенное значение придавать и диетотерапии. Диета предусматривает снижение потребления трансжиров и насыщенных жирных кислот и употребление продуктов с мононасыщенными жирными кислотами (оливковое масло, орехи, авокадо), пребиотиков в виде пищевых волокон (зеленые овощи, фрукты). Рекомендуется в пищу добавлять специи в виде черного перца, имбиря, куркумы и др. Так как организму с постковидным синдромом требуется достаточное количество белка, можно употреблять куриное мясо, кролика и жирные сорта рыбы (скумбрия, лосось и др.) для обеспечения организма достаточным количеством кислот омега-3. Важна также и достаточная гидратация организма, не менее 30 мг/кг/сут, включая не только жидкость из продуктов питания, но и чистую воду. Большинство исследователей сходится на том, что оптимальной для постковидного синдрома является средиземноморская диета, которая предусматривает употребление цельных злаков, орехов, оливкового масла, фруктов и овощей.

Для активной профилактики коронавирусной инфекции во многих странах (Россия, Китай, США, Куба и др.) разработаны вакцины, которые не только защищают от заболеваемости, но и при заболевании облегчают тяжесть течения, также резко снижают летальность.

По данным литературы, до сентября 2022 г. в мире против COVID-19 привились 42,3% людей, а для эффективного сдерживания пандемии

Тема номера

должно быть привито не менее 85% людей. Положительно относятся к вакцинации против коронавирусной инфекции 67,8% населения в мире, не желают прививаться 20,4%.

Для практического здравоохранения Министерство здравоохранения Республики Беларусь издало приказ от 24.06.2022 № 858 «Об утверждении рекомендаций (временных) об особенностях оказания медицинской помощи пациентам в возрасте от 18 лет с инфекцией COVID-19».

В России разработана назальная форма вакцины «Спутник V», которая формирует гуморальный и клеточный иммунитет в легких, правда, пока в опытах на обезьянах и мышах, но проводятся и клинические испытания. Легкие уязвимы и при заражении новыми субвариантами коронавируса, включая ВА4 и ВА5, и поэтому, блокируя размножение коронавируса на уровне слизистых оболочек носоглотки, можно будет предупреждать генерализацию вирусного поражения.

Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку

Акопян, Л. В. Рефлекторно-сегментарный массаж. Соединительнотканый массаж : учеб. пособие / Л. В. Акопян, Н. П. Павлухина, Т. Н. Яшина. – М. : Наука и Техника, 2021. – 316 с.

Березин, И. И. Производственно-профессиональные факторы и здоровье работников медицинских организаций / И. И. Березин, Г. А. Никифорова // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 5–17.

Вариводская, А. Суицидальное поведение у пациента : действие медперсонала / А. Вариводская // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 21–26.

Взгляд из прошлого в будущее : становление, развитие и перспективы развития кафедры управления сестринской деятельностью медицинского института РУДН / И. В. Радыш [и др.] // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 6–8.

Воронова, Е. Работа медицинской сестры в организациях социального обслуживания / Е. Воронова // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 56.

Гарипова, Р. В. Изучение выраженности синдрома профессионального «выгорания» у медицинских работников / Р. В. Гарипова, З. М. Берхеева // Главврач. – 2021. – № 9. – С. 70–75.

Гарипова, Р. В. Риск развития латексной аллергии у средних медицинских работников / Р. В. Гарипова // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 38–44.

Гольдблат, Ю. В. Рефлекторные массажи в системе медицинской реабилитации: точечный, линейный, зональный, рефлекторно-сегментарный, шиацу, гуаша, вакуумный, металлотерапия / Ю. В. Гольдблат. – СПб. : Наука и Техника, 2020. – 605 с.

Грибовская, Г. А. Медицинские сестры Белоруссии. Первые на линии огня / Г. А. Грибовская, А. А. Абдин // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 49–51.

Давлетишина, Г. Типичные ошибки медсестер при уходе за тяжелобольными и как их предотвратить / Г. Давлетишина // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 96–105.

Двойников, С. И. Оценка состояния здоровья медицинских работников, имеющих профессиональные заболевания / С. И. Двойников, Н. В. Дудинцева // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 5–8.

Дубель, Е. В. Анализ обстоятельств и факторов риска возникновения медицинских аварий в многопрофильном стационаре / Е. В. Дубель, П. Е. Шепринский // Главврач. – 2021. – № 10. – С. 36–41.

Дубель, Е. Как избежать ошибок в дезинфекции в сложный эпидсезон. Инструкция для руководителя и готовые инструменты для медсестер / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 46–54.

Дубель, Е. Как ликвидировать очаг и предотвратить распространение ИСМП. Алгоритм для главной медсестры / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 42–60.

Дудинцева, Н. В. Профессиональные заболевания и инвалидность у медицинских работников / Н. В. Дудинцева, В. С. Лотков, С. А. Бабанов // Главврач. – 2021. – № 9. – С. 28–31.

Елисеев, Ю. Ю. Оценка условий и характера труда среднего медицинского персонала / Ю. Ю. Елисеев // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 34–41.

Исследование копинг-стратегий среднего медицинского персонала в профессиональной деятельности / Л. А. Лазарева [и др.] // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 52–56.

Калмыкова, М. Как организовать допуск сотрудников к работе в период повышенного эпидемиологического риска. Алгоритм для главной медсестры / М. Калмыкова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 82–87.

*Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ*



Профессор В. К. Милькаманич

КОРМЛЕНИЕ ОСЛАБЛЕННОГО И ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Белорусский государственный университет

Для ослабленного человека самостоятельный прием готовой пищи в течение дня, совершаемый несколько раз в сутки в определенный период времени, – большая нагрузка, а порой и непреодолимое препятствие. Бывает также, что человек не хочет есть или теряет способность питаться обычной пищей и обычным способом. Из-за болезни одни продукты перестают усваиваться, другие начинают вызывать неприятные симптомы.

Для тяжелобольного человека еда и питье приобретают особое значение, часто определяющее либо выздоровление, либо прогрессирование болезни. Неполноценное питание в несколько раз повышает риск развития пролежней, замедляет выздоровление, способствует прогрессированию основного заболевания.

Кормление тяжелобольного человека может осуществляться следующим образом:

- поддержка и помощь при обычном приеме пищи через рот;
- подача необходимых организму нутриентов перорально или через желудочный (внутрикишечный) зонд – энтеральное питание;
- введение необходимых нутриентов в сосудистое русло – парентеральное питание.

Широко известно правило «7 дней, или снижение массы тела на 7%». Оно означает, что энтеральное и парентеральное питание необходимо проводить в тех случаях, когда больной 7 дней и более не может питаться естественным путем или если потерял более 7% от рекомендуемой массы тела.

Поддержка и помощь при обычном приеме пищи

К сожалению, иногда бытует мнение, что кормление подопечного при обычном приеме пищи – это простая и механическая работа, доступная персоналу самой низкой квалификации. Поэтому считается, что ее можно поручить любому человеку, не имеющему специального образования. Такое мнение – это проявление неуважения к тяжелобольному человеку.

Однако нужно отказаться от устаревшего принципа «чем меньше тяжелобольной человек будет

что-то делать сам, тем лучше». Следует помогать подопечным только в случаях, когда они сами не могут справиться. Очень важно убедить человека самостоятельно делать столько, сколько он может. Так, например, можно помочь открыть упаковку молока тому, у кого слабы или трясутся руки, либо помочь порезать мясо тому, у кого одна сторона тела парализована. Можно во время еды осторожно поддержать за локоть человека, у которого слабая рука. Если человек может держать ложку в руке, но у него нет сил, чтобы есть самостоятельно, можно использовать метод «рука в руке» – придерживать его руку и помогать ей управлять. Ухаживающий персонал (медицинские и социальные работники, обученные родственники и др.) терпеливо и настойчиво учит ослабленного больного человека самостоятельно пользоваться столовыми приборами, правильно пережевывать пищу и глотать ее, использовать во время еды салфетку и т. п.

Расспрос больного человека о характере лечебного питания, затруднениях при приеме пищи и вкусовых предпочтениях

В первую очередь куратор должен сразу ознакомиться с характером лечебного питания своего подопечного, режимом питания и режимом потребления жидкости, перечнем рекомендуемых и противопоказанных продуктов, особенностями приготовления пищи, а также рекомендациями по его кормлению. Нужно узнать у клиента об аллергиях на пищу и о том, какие продукты ему не нравятся. Если какие-либо продукты, например сахар, соль или масло, не включены в его питание, не подавать их без предварительной консультации с врачом.

Следует выяснить все затруднения своего подопечного, связанные с приемом пищи, которые могут быть обусловлены отсутствием или неисправностью зубных протезов, а также нарушением способности:

- глотать твердую и жидкую пищу;
- подносить руку ко рту;
- поднимать и держать столовые принадлежности, брать пищу и напитки;
- одновременно использовать обе руки, чтобы нарезать пищу;

Наблюдение, реабилитация и уход

- координировать свои действия, правильно оценивать расположение пищи на тарелке, брать ее вилкой или ложкой и подносить ко рту.

Учет указанных проблем является залогом предупреждения возможных серьезных осложнений, а также правильного выбора меню и вида кулинарной обработки пищи.

Собираясь накормить подопечного, нужно спросить у него, в каком порядке он предпочитает принимать пищу и какие приправы ему больше нравятся.

Подопечный часто не может принять какое-либо решение и выбрать, что ему выпить или съесть, если у него на столе или прикроватном столике стоит много стаканов, баночек, бутылок, упаковок с печеньем и др. В результате он ничего не ест и остается голодным.

Содержание комнаты

Содержание комнаты должно быть аккуратным и чистым. Поэтому перед едой нужно убрать оставшиеся от лечебных манипуляций и гигиенических процедур предметы. Перед кормлением следует хорошо проветрить комнату, чтобы в ней не было неприятных запахов, и обеспечить достаточное освещение.

Желательно перед едой предложить подопечного вымыть руки, причесаться, поправить одежду.

Гигиена питания

Большое значение в питании и кормлении имеют красота сервировки стола, чистота скатерти, салфеток и столовых приборов. Подавая пищу на стол либо прикроватный столик, рекомендуется снять посуду с подноса, создавая тем самым домашнюю обстановку.

Посуда, белье, столик и другие предметы должны быть чистыми. Пролившуюся еду надо тотчас удалять.

Больной человек обязательно откажется от пищи, если ему будет предложена грязная кружка или баночка от сметаны, в которой плавают посторонние частички, а жидкость имеет сомнительные вкус и запах. Он никогда не поест из грязной тарелки, не будет пользоваться непромытой вилкой или ложкой.

По желанию подопечного его одежду и постельное белье также следует предохранить от загрязнения. Шею и грудь подопечного покрывают клеенкой, фартуком или салфеткой, предлагают полотенце или салфетку, чтобы он мог вытирать остатки еды с лица или капельки, попавшие на одежду или постельное белье.

Закончив кормить тяжелобольного человека, нужно предложить ему воду, чтобы вымыть руки, почистить зубы или прополоскать рот. Затем надо убрать посуду и навести порядок на столе либо прикроватном столике.

Нужно обрабатывать полость рта больного человека утром и вечером, а также полоскать рот после каждого приема пищи, приступа рвоты. Если нет возможности чистить зубы, ротовую полость очищают салфеткой, накрученной на палец, смочив ее в растворе глицерина и лимона в пропорции 1 : 1. Если не нарушено глотание, можно делать полоскание из отвара ромашки.

Правила приема пищи и питья

Подопечный должен иметь дневное расписание приема пищи и строго следовать ему. Однако, если он не голоден ко времени, когда по расписанию должен принимать пищу и хочет есть в другое время, по возможности нужно пойти ему навстречу.

Основное правило питья и еды для ослабленных больных людей состоит в том, чтобы предлагать в каждый момент только одно блюдо, одну тарелку, одну ложку или вилку, один стакан.

Чтобы тяжелобольной мог сконцентрироваться на приеме пищи, необходимо устранить любые помехи: например, выключить телевизор или предложить посетителям на это время покинуть комнату.

Лихорадящих подопечных кормят в период улучшения состояния и снижения температуры тела.

Не нужно будить подопечного, если он спит в часы приема пищи, лучше отложить кормление. Обычно применяется 4-разовое питание. В то же время при многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и других пищу принимают чаще – 5 или 6 раз в день небольшими порциями. Наиболее целесообразно следующее. Суточный рацион при 4-разовом питании распределяется по классической схеме: завтрак – 30%, второй завтрак – 10%, обед – 40%, ужин – 20%.

Кормить подопечного надо медленно, независимо от способа кормления. Кормление должно длиться не менее 10–15 мин, если сделать это быстрее, у человека могут возникнуть неприятные ощущения: вздутие живота, рвота, отрыжка. Часто человек устает во время приема пищи, поэтому нужно делать перерывы. Не следует настаивать и критиковать, если он не съел всю порцию. Лучше предложить ему снова поесть немного позже, а не кормить насильно.

Надо, чтобы посуда была одна и та же, к которой подопечный привык. Желательно, чтобы посуда стояла на контрастном фоне – тогда она привлекает внимание подопечного и легко им распознается.

Не надо отказывать человеку в любимой еде, даже если эта пища не совсем ему полезна. Дайте хотя бы небольшой кусочек – человеку нужно вкусовое удовольствие.

Ходячего подопечного следует кормить за столом. Выбор способа кормления подопечных, которые не могут сидеть за столом, зависит от их состояния и характера заболевания.

Если подопечному разрешено сидеть в постели, ему нужно помочь сесть удобно и прямо, с поднятой головой и ногами, расположенными под углом 90°. Положение тяжелобольного в кровати должно быть максимально близким к естественной физиологической позе приема пищи и питья сидячего. В этом положении ему легче жевать и глотать, а также пользоваться столовыми принадлежностями (рис. 1).

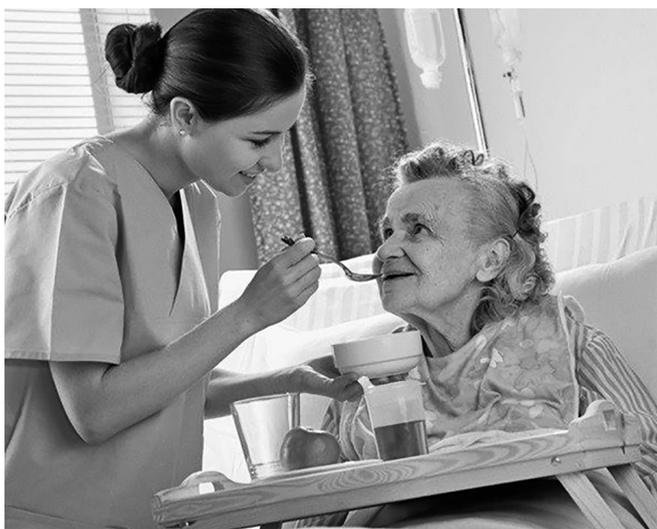


Рис. 1. Положение больного человека при кормлении, которому разрешено сидеть в постели

Истощенному и сильно ослабленному подопечному, который не может сам сидеть в кровати, следует придать полусидячее положение, приподняв подголовник или подложив под спину несколько подушек либо путем регулирования функциональной кровати. Кормят таких подопечных в наиболее удобном для них положении, используя для этого различные технические приспособления (рис. 2).



Рис. 2. Положение при кормлении больного человека, который не может сам сидеть в постели

Для кормления лежачих подопечных используют прикроватный стол, который устанавливают около постели (рис. 3). Нижняя часть двигается на колесах, что позволяет легко передвигать весь стол в любом направлении. При использовании стола его придвигают к кровати сбоку и нижнюю часть подводят под нее так, что верхняя доска закрывала кровать во всю ширину и служила прочным столом. Поверхность придвинутого к подопечному прикроватного столика не должна быть слишком гладкой или наклоненной во избежание скольжения по ней тарелки или чашки и падения на пол либо на постель.



Рис. 3. Прикроватный столик

Тяжелобольных кормят гомогенной пищей небольшими порциями в протертом, измельченном или полужидком виде (протертый суп, бульон, чай, соки, компот, кисели и др.), лучше всего маленькими глотками из поильника (рис. 4).



Рис. 4. Кормление подопечного гомогенной пищей из поильника

Наблюдение, реабилитация и уход

В качестве поильника можно также использовать заварочный чайник. При отсутствии последнего следует пользоваться чайной или десертной ложкой. При этом голову и шею подопечного следует поддерживать через подушку так, чтобы ему было удобно пить. Больному, который не может сесть и поднять голову, нужно предоставить поильник или бутылочку с соской, предназначенные для маленьких детей.

Ослабленный подопечный или подопечный с нарушением координации движений будет увереннее удерживать специальный поильник с двумя ручками.

После кормления нужно оставить подопечного в сидячем положении еще на 30–45 мин.

Достаточный питьевой режим

Достаточный питьевой режим тяжелобольного человека является действенной профилактикой интоксикации, сухости кожи и слизистых оболочек, уменьшения общего количества крови, падения объема мышечной массы, запоров, мочекаменной болезни, пролежней и т. п. Поэтому ухаживающему персоналу рекомендуется предлагать приятные и полезные для подопечного напитки.

В то же время нельзя допускать бесконтрольного употребления жидкости. Необходимо точно знать, сколько давать подопечному жидкости в сутки. Для этого нужно регулярно измерять количество выпитой и выделенной жидкости. Социальный работник должен вести карту учета выпитой жидкости, включая жидкие блюда (бульон, компот и др.), и выделенной мочи, подводя итог ежедневно. Необходимо отмечать температуру тела подопечного, повышение которой усиливает потоотделение и, соответственно, потребность организма в жидкости.

Особая ответственность ложится на специалиста при уходе за подопечными с отеками, повышенным артериальным давлением, нарушением мочеотделения или терморегуляции. При этих патологических состояниях необходимо значительно снизить потребление жидкости, несмотря на имеющуюся у подопечного жажду. Ухаживающий персонал должен точно узнать у врача, сколько жидкости можно давать подопечному в сутки, сколько раз в день и какие напитки предпочтительны. Для указанной конкретной ситуации подопечного нарушение режима потребления жидкости чревато тяжелыми последствиями.

Поддержание аппетита

Необходимо добиваться высоких вкусовых качеств бессолевых (пресных) диетических блюд. Для повышения вкусовых качеств и смягчения неприятного ощущения пресной пищи необходимо широко использовать специи, зелень, белые коренья, кислые овощные и фруктовые соки.

Пища и напитки должны выглядеть привлекательно и аппетитно. Например, еда, состоящая из картофельного пюре, цветной капусты, куриной грудки, будет одного белого цвета. Для разнообразия цвета блюда достаточно добавить туда морковь, а вместо картофельного пюре подать гречневую кашу.

Резкий запах пищи, повышенная или пониженная ее температура, непривычный вид блюд могут вызвать отрицательные эмоции у подопечных, вплоть до отказа от еды.

Качество пищи

Подавать блюда нужно быстро, чтобы быть уверенным, что горячая пища останется горячей, а холодная – холодной.

Протертую пищу нужно подавать отдельно. Соль, перец и другие приправы добавляются в протертую пищу только с разрешения врача. Протертая еда должна иметь консистенцию пудинга, а также иметь четкое отличие от другой протертой пищи.

Если еда должна быть более жидкой, следует определить, какую жидкость использовать для разбавления.

Температура пищи не должна быть слишком высокой, чтобы не обжигать слизистую оболочку рта, но и не слишком низкой, способной вызвать неприятные ощущения. Температура первых блюд не должна превышать 60–65 °С, вторых блюд – 55–60 °С, температура холодных закусок должна находиться в пределах от 7–14 °С.

Профилактика осложнений

Перед кормлением нужно каждый раз пробовать еду самому. Температуру таких горячих напитков, как чай или кофе, можно проверить перед подачей их подопечному, капнув несколько капель на свое запястье. Если жидкость еще горячая, надо дать ей немного остыть и только потом подавать. Оптимальная температура особенно важна, если человек пьет горячую жидкость через трубочку, так как, минуя губы, она попадает глубоко в рот, что может привести к серьезным ожогам полости рта и глотки. Предлагая пить горячий напиток через трубочку, следует вначале помешать его, чтобы распределить тепло равномерно. Если подопечный набрал слишком много жидкости в рот и не в состоянии ее проглотить, нужно незамедлительно вынуть трубочку изо рта и дать ему время проглотить жидкость.

Перед приемом пищи подопечному предлагается попить. Смочив рот, ему будет легче глотать. Затем можно предложить твердую пищу. Ложку наполняют пищей на две трети. Сначала нужно осторожно коснуться ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот. Затем прикоснуться ложкой к его языку. Это прикосновение к губам и языку даст ему знать, что ложка у него во рту. Затем делается пауза, чтобы подопечный мог про-

жевать и проглотить еду. После нескольких приемов твердой пищи вновь предлагается питье. Всякий раз следует называть то, что вы предлагаете съесть либо выпить. Это обеспечит полноценный прием пищи (подопечный не останется голодным), а также поможет избежать таких нежелательных последствий переедания, как рвота, чувство тяжести в животе, отрыжка и т. п.

Во время кормления голова подопечного должна быть немного приподнята во избежание аспирации пищи. Подопечного, лежащего с запрокинутой головой, нельзя ни поить, ни кормить. В таком положении вход в трахею всегда полностью открыт, что при кормлении неизбежно приведет к проникновению туда инородного тела. Если давать такому подопечному пить из чашки или стакана, он может захлебнуться.

Поэтому при кормлении голову надо приподнять. Это достигается тем, что под затылок подопечному подкладывают одну руку и, поднимая его голову, в то же время поддерживают ее. Другой рукой в это время подают подопечному поильник или ложку с пищей. Предлагать жидкость можно только в том случае, когда у него во рту нет пищи.

Подопечным, у которых нарушено носовое дыхание, дают пить медленно, с перерывами для вдоха и выдоха.

Особо ослабленным подопечным надо оставлять время для отдыха между глотками. Поить их нужно понемногу и часто. Во избежание травматизма при кормлении тяжелобольных нельзя применять вилки или другие острые предметы.

Кормление слепого человека

При кормлении слепого человека надо назвать еду, которая находится перед ним на столе и в тарелке, и описать расположение обеденных приборов. Различные блюда располагаются так, как если бы они находились на часовом циферблате. Например, тарелка с супом ставится на очень близком расстоянии от слепого человека. Тогда можно сказать: «Тарелка с супом расположена там, где на циферблате цифра 6». Если стакан с водой находится на столе в верхней правой его части, можно сказать: «Стакан с водой расположен там, где на часах цифра 2». Нужно заранее порезать мясо или любой другой продукт, который нужно разрезать на более мелкие части, открыть упаковки и т. п. Если слепой человек во время приема пищи долго не может найти какое-либо блюдо, следует предложить ему свою помощь.

Кормление больного человека с психическими расстройствами

Подопечного с психическими нарушениями (например, со старческой деменцией) накормить особенно тяжело, поскольку он либо отказывается от еды, либо ведет себя неадекватно. В этих случа-

ях надо в мягкой форме настоять на своем и накормить или напоить его, не акцентируя внимания на нежелательной для него процедуре. При этом надо стараться чем-либо отвлечь его или «обмануть».

Выборочные вспомогательные средства при еде и питье

При кормлении подопечного могут использоваться вспомогательные средства (рис. 5–15).



Рис. 5. Приспособление на посуду для пациентов с утратой хватательных движений



Рис. 6. Модель ложки с комфортным эластичным ободком, предназначенная для пациентов, имеющих мышечную слабость

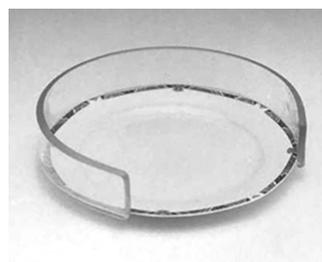


Рис. 7. Тарелка с высокими бортиками, которая предотвращает возможность уронить пищу



Рис. 8. Пластиковые рукоятки столовых приборов улучшают способность захвата их рукой (рекомендуются пациентам, имеющим проблемы с движением кисти)



Рис. 9. Столовые приборы со специальной пластиковой ручкой для пациентов с ослабленными хватательными движениями



Рис. 10. Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды (может быть использована пациентами, имеющими только одну руку)



Рис. 11. Круглая глубокая тарелка на подставке предназначена для тех, у кого только одна рука или нарушена координация



Рис. 12. Нескользящие миски-коврики со срезанными краями помогают при приеме пищи пациентам с нарушениями мышечного тонуса или имеющим только одну руку; высокий край миски помогает накладывать пищу на ложку



Рис. 13. Стакан со съёмной крышкой, снабженный носиком, ограничивает проливание и протекание жидкости при питье



Рис. 14. Кружка с двумя ручками рекомендуется тем, у кого ограничены возможности хватания, гибкости и ослабленная координация движений; съёмный носик уменьшает проливание и протекание жидкости, широкое дно гарантирует устойчивость



Рис. 15. Чашка с вырезом для носа минимизирует движения шеи и обеспечивает правильное положение подбородка во время питья (рекомендуется пациентам, имеющим ограничение движения шеи)

Подача необходимых организму нутриентов перорально или через желудочный (внутрикишечный) зонд

Энтеральное питание (ЭП) – вид нутритивной поддержки, при которой питательные смеси вводятся перорально или через зонд при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при ряде заболеваний.

В англоязычной медицинской литературе часто встречается фраза «If gut works – use it» («Если кишка работает – используй ее»).

Показания для ЭП:

- пациент не может есть пищу (отсутствие сознания, нарушения глотания и др.);
- пациент не должен есть пищу (острый панкреатит, желудочнокишечное кровотечение и др.);
- пациент не хочет есть пищу (нервная анорексия, инфекции и др.);
- питание не адекватно потребностям (травмы, ожоги, катаболизм).

ЭП позволяет поддерживать желудочно-кишечный тракт в нормальном физиологическом состо-

янии и предотвращать многие осложнения, возникающие у пациентов в критическом состоянии. Оно ведет к улучшению кровообращения в кишечнике и способствует консолидации кишечных анастомозов после операций на желудочно-кишечном тракте за счет улучшения трофики кишечника. К тому же ЭП не требует стерильности.

Питательные смеси – искусственно созданные сочетания макро- и микронутриентов биотехнологического или синтетического происхождения, обладающие не только высокой питательной ценностью, но и определенным фармаконутриентным воздействием на структурно-функциональные и метаболические процессы организма.

В состав питательных смесей входят цельные или гидролизованные белки, длинно- и среднецепочечные жиры, поли- и олигосахариды, витамины, макро- и микроэлементы. Смеси отличаются точный химический состав, сбалансированность всех нутриентов между собой. В этом их принципиальное отличие от обычной пищи. В настоящее время на отечественном рынке ЭП представлено широким ассортиментом специализированных лечебно-

профилактических энтеральных смесей как для зондового, так и для перорального применения.

Разовую и суточную дозу назначаемых питательных смесей и показания к их применению определяет лечащий врач.

Выделяют два основных варианта ЭП:

1) зондовое питание – введение энтеральных смесей в зонд или стому;

2) сиппинг (sipping, sip feeding) – пероральный прием специальной смеси для ЭП маленькими глотками (как правило, через трубочку).

Зондовое питание

Доступ может осуществляться с сохранением анатомической целостности желудочно-кишечного тракта или путем проведения специальных хирургических вмешательств, обеспечивающих создание искусственной стомы (гастростомы, еюностомы). В настоящее время разработаны технологии, позволяющие накладывать микрогастро- или еюностомы без лапаротомии.

Введение смесей для ЭП непосредственно в желудок через зонд является наиболее простым технически и наиболее физиологичным методом. Самым доступным и популярным вариантом зондового питания являются назогастральный и назоинтестинальный пути доставки питательных смесей (рис. 16). Для этого используются специальные, не присасывающиеся к слизистой оболочке зонды, изготовленные из различных материалов: полихлорвинила, силикона или полиуретана. Эти материалы устойчивы к воздействию желудочно-кишечного сока и сохраняют эластичные свойства



Рис. 16. Питание через назогастральный зонд

в течение длительного времени, не вызывая синуситов, фарингитов, эзофагитов и пролежней слизистой оболочки как верхних дыхательных путей, так и желудочно-кишечного тракта.

Назогастральные и назоинтестинальные зонды могут несколько различаться по конструкции: иметь разноуровневые отверстия, отводы, быть одно-, двух- или трехканальными, снабжаться оливками (утяжелителями), которые способствуют их введению. Применение толстых упругих желудочных зондов оправдано лишь как временный доступ, поскольку эти зонды быстро вызывают развитие пролежней в отличие от мягких зондов небольшого диаметра.

Питание через гастростому назначается пациентам при заболеваниях, сопровождающихся непроходимостью глотки, пищевода, входного отдела желудка (рис. 17). Питание через гастростому врач обычно назначает на вторые сутки после операции.



Рис. 17. Зондовое питание через гастростому

Существует несколько режимов ЭП.

1. Питание с постоянной скоростью. Питание через желудочный зонд начинают с изотонических смесей со скоростью 40 мл/ч. При тошноте, рвоте, судорогах или диарее требуется уменьшить скорость введения или концентрацию раствора. При этом следует избегать одновременного изменения скорости питания и концентрации питательной смеси.

2. Циклическое питание. Непрерывное капельное введение постепенно «сжимают» до 10–12-часового ночного периода. Такое питание, удобное для больного, можно проводить через гастростому.

Выбор режима проведения и вида питательной смеси определяется конкретной клинической ситуацией и состоянием моторно-эвакуаторной, переваривающей и всасывающей функциями желудочно-кишечного тракта пациента. Скорость введения и суточный объем питательной смеси зависят также от выраженности нарушения питания и от метаболического ответа организма на вводимые субстраты.

Наблюдение, реабилитация и уход

Болюсное введение питательных смесей представляет собой регулярные введения небольших объемов питательной смеси в желудок. Обычно стартовая доза составляет 50–100 мл с постепенным в течение нескольких дней увеличением до 200–250 мл на одно введение. Питательная смесь вводится шприцем со скоростью не более 250 мл за 10–15 мин 4–6 раз в день. При этом головной конец кровати должен быть приподнят не менее чем на 45° для профилактики регургитации.

Введение необходимых нутриентов в сосудистое русло – парентеральное питание

Когда невозможно применение ЭП реализуется *парентеральное питание* (ПП) – питательные вещества попадают не в пищеварительный тракт, а в вену, и затем разносятся с кровью по всему организму.

Основные показания к проведению ПП:

- невозможность перорального или энтерального приема пищи в течение не менее 7 дней у стабильного больного или в более короткие сроки у истощенного пациента (эта группа показаний обычно связана с нарушениями функции желудочно-кишечного тракта);

- выраженный гиперметаболизм или значительные потери белка, когда только ЭП не позволяет справиться с дефицитом нутриентов (классическим примером является ожоговая болезнь);

- необходимость временного исключения кишечного пищеварения – «режим отдыха кишечника» (например, при язвенном колите).

Состав раствора для искусственного питания (дополнительные вещества и лекарственные средства) назначает врач, он же устанавливает нормы кормления. Растворы готовятся под медицинским контролем с соблюдением санитарных норм для предотвращения бактериального заражения. На упаковке должны быть указаны перечень и количество компонентов раствора.

Дома раствор следует хранить в холодильнике. Перед применением его подогревают до комнатной температуры. На упаковке должны быть указаны сроки годности и режим хранения.

Раствор, содержащий все необходимые питательные вещества, включая белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные вещества, вводится в вену курсами, длящимися несколько часов.

Игла устанавливается в вену на тыльной стороне запястья, внутреннем сгибе локтя и т. п. Дополнительные жидкости, питательные или лекарственные вещества могут вводиться с помощью шприца.

Люди с серьезными и продолжительными заболеваниями нуждаются во внутривенном питании, покрывающем их потребности в минеральных веществах, на протяжении месяцев, а иногда

лет. Таким пациентам может потребоваться постоянная внутривенная установка. Специальный катетер вводится под кожу в подключичную вену (рис. 18). Раствор в течение долгого времени поступает непосредственно в кровь. Правильность установки катетера проверяется с помощью рентгеновских снимков.

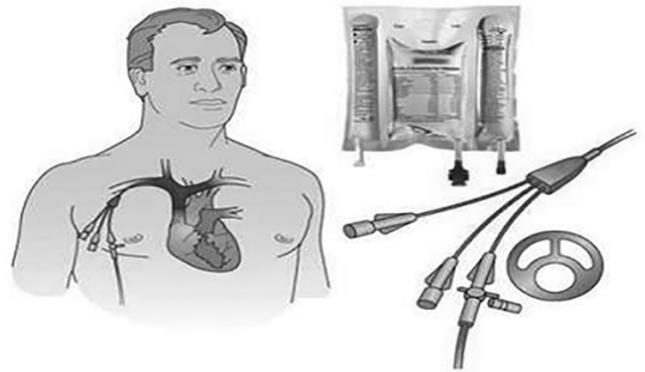


Рис. 18. Питание через подключичную вену

ПП может проводиться в нескольких режимах:

- круглосуточное введение сред;
- продленная инфузия (в течение 18 ч);
- циклический режим (инфузия в течение 8–12 ч).

При проведении внутривенного питания требуется строгое соблюдение стерильности и скорости введения ингредиентов, что сопряжено с определенными техническими трудностями. При ПП чаще развиваются угрожающие жизни осложнения. Это осложнения, связанные с необходимостью обеспечения центрального венозного доступа, и возможность жировой эмболии при использовании жировых эмульсий, и возникновение осмотического диуреза при использовании высококонцентрированных растворов, и гнойно-септические осложнения, связанные с инфицированием мест стояния катетеров и генерализацией инфекции, и др.

Необходимо регулярно следить за чистотой катетера и менять повязку по крайней мере один раз в неделю. Следует также обращать внимание на наличие покраснений, воспалений и выделений в месте введения иглы. Отек конечностей указывает на наличие дисбаланса питательных веществ.

В любом случае при проведении полного ПП наступает атрофия кишечника – атрофия от бездеятельности. Атрофия слизистой оболочки ведет к ее изъязвлению, атрофия секретирующих желез – к формированию в последующем ферментативной недостаточности, происходят застой желчи, неконтролируемый рост и изменение состава кишечной микрофлоры, атрофия ассоциированной с кишечником лимфоидной ткани.

Таким образом, во всех случаях, когда это возможно, выбор способа нутритивной поддержки должен склоняться в сторону ЭП.

Использованная литература

1. Марченко С. В. Энтеральное питание в интенсивной терапии / С. В. Марченко, Ю. Н. Доценко. – Гомель, 2019. – 49 с.
2. Милькаманович В. К. Уход за тяжелобольными людьми в условиях домашнего и стационарного

обслуживания: пособие для повышения квалификации и переподготовки специалистов по социальной работе, социальных работников учреждений социального обслуживания. – Минск, 2017. – 204 с.

3. Фогель А. Основы ухода за больными на дому / А. Фогель, Г. Водрашке. – М., 2001. – 212 с.
4. Шимановская Я. В. Паллиативная помощь: учебник / Я. В. Шимановская, А. С. Сарычев, К. А. Шимановская. – М., 2021. – 360 с.

Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку

- Карасева, Л. А. Безопасная больничная среда – качество медицинской помощи / Л. А. Карасева // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 18–27.
- Карасева, Л. А. Оценка тяжести труда сестринского персонала / Л. А. Карасева, М. Я. Мишкина // Главврач. – 2021. – № 10. – С. 109–119.
- Карасева, Л. А. Предупреждение развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер / Л. А. Карасева // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 47–52.
- Карпова, О. Б. Региональные особенности обеспеченности медицинским персоналом в России / О. Б. Карпова, А. А. Загоруйченко // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 8. – С. 82–88.
- Каспрук, Л. И. В. Ф. Войно-Ясенецкий и его сестра милосердия / Л. И. Каспрук // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 52–55.
- Ковальчук, М. Изделия медицинского назначения: какие бывают и правила их хранения / М. Ковальчук // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 35–42.
- Ковшова, О. С. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / О. С. Ковшова // Главврач. – 2021. – № 3. – С. 42–46.
- Лаврентьева, Н. Е. Аллергические заболевания профессионального генеза у медицинских работников / Н. Е. Лаврентьева, Т. А. Азовскова // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 9–13.
- Лазарева, Л. А. Причины стресса в профессиональной деятельности сестринского персонала / Л. А. Лазарева, К. П. Бердникова, О. В. Беликова // Главврач. – 2021. – № 10. – С. 95–99.
- Лебедева, А. Т. Участие медицинской сестры в профилактике алкоголизма / А. Т. Лебедева, И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 41–46.
- Мальшева, Л. Г. Опыт очного формата обучения в условиях пандемии / Л. Г. Мальшева, М. А. Лозовская // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 15–16.
- Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.
- Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью. Обзор нового учебного пособия / Т. В. Матвейчик // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 15–18.
- Медицинский уход за ребенком. Сестринское обследование ребенка : учеб.-метод. пособие / В. В. Строгий [и др.] ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск : БГМУ, 2021. – 33 с.
- Методичка : как провести дезинфекцию в клинике с учетом передовых разработок по эпидбезопасности / А. Тутельян [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 30–43.
- Овчинникова, И. Г. Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у специалистов сестринского дела / И. Г. Овчинникова, Ю. В. Борчанинова, Л. А. Лазарева // Главврач. – 2021. – № 5. – С. 47–52.
- Парфенова, Л. Как обеспечить безопасность трансфузиологической помощи? / Л. Парфенова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 14–20.
- Петрухин, Н. Н. Распространенность парантеральных вирусных гепатитов как профессионального заболевания у медицинских работников в Северо-Западном федеральном округе / Н. Н. Петрухин, О. Н. Андреев, И. В. Бойко // Медицина труда и промышленная экология. – 2021. – № 5. – С. 324–329.

Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ



Кандидат медицинских наук Л. Э. Кузнецова

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК

Белорусский государственный медицинский колледж

Укрепление здоровья подростков в Республике Беларусь – задача государственной важности. Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, учащейся и студенческой молодежи является основой благополучия общества, государства. Поэтому в реформах отечественного здравоохранения приоритетным направлением является разработка государственных мер по сохранению и укреплению здоровья молодежи. В данной системе важное место занимают охрана репродуктивного здоровья, профилактика нежелательной беременности, профилактика инфекций, передающихся половым путем (ИППП), так как все перечисленное имеет глубокое воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире (ВОЗ).

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021–2025 годы», которая будет способствовать достижению национальной безопасности страны в области здравоохранения и демографической безопасности, Президиумом Совета Министров Республики Беларусь от 4 февраля 2020 г. (протокол № 3) – Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь до 2035 года. Приоритетными направлениями в области охраны репродуктивного здоровья и демографической безопасности на 2021–2025 гг. являются разработка мер по укреплению репродуктивного здоровья, формирование культуры здорового образа жизни, сбережения здоровья.

В ходе реализации утвержденной программы будут решаться различные задачи:

- популяризация в обществе духовно-нравственных ценностей института семьи;
- совершенствование подготовки молодежи к семейной жизни;
- совершенствование службы планирования семьи;
- улучшение качества и доступности медицинской помощи женщинам и детям.

Факторы, влияющие на уровень воспалительных заболеваний у подростков:

- низкая санитарная культура;

- нарушения микроэкологии влагалища на фоне острых и/или хронических заболеваний;
- применение антибиотиков;
- процесс акселерации, увеличение половой активности подростков;
- первый половой дебют, регистрируемый в возрасте 15–16 (иногда и в 14) лет;
- изменение понятий о морали и нравственности;
- терпимость общества к незарегистрированным брачным отношениям;
- увеличение числа беспорядочных половых связей.

Согласно рекомендациям ВОЗ, подростковому возрастом является период от 10 до 19 лет. Кодекс о браке и семье Республики Беларусь определяет человека от рождения до достижения 18 лет как несовершеннолетнего, до достижения 14 лет – как малолетнего, в возрасте от 10 до 18 лет – как подростка. Возраст 10–14 лет относится к раннему (младшему) подростковому, 15–19 – к старшему подростковому.

Согласно данным ежегодного статистического сборника, в Республике Беларусь на начало 2020 г. проживало 9 465 675 человек, из них детей и подростков 2 053 655 (21,7%), то есть каждый пятый; каждый десятый (997 577 (10,5%)) гражданин Беларуси – девочки и девушки до 19 лет. Девочек в возрасте до 10 лет – 539 828 (5,7%), 10–19 лет – 457 748 (4,8%).

Проведено исследование 210 девочек-подростков 1–2-го курсов, обучающихся в Белорусском государственном медицинском колледже (БГМК) в период 2015 г. и 200 девушек в период 2022 г. Исследование проводилось по специально разработанной карте. Для оценки становления их репродуктивной функции и полового созревания было предложено заполнить специально составленную анкету, включавшую блок вопросов: сбор анамнеза и социально бытовых условий; особое внимание уделяли перенесенным соматическим и гинекологическим заболеваниям, физическим и умственным нагрузкам, бытовым условиям, питанию, появлению вторичных половых признаков и менархе, оценке менструального цикла. Проведен анализ

медико-социальной характеристики учащихся. Соматический статус оценивали по данным осмотра и заключениям специалистов. Состояние физического развития определяли на основании измерения роста и массы тела. Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли следующим способом: вес (кг) делили на возведенный в квадрат рост (м). Фиксировали возраст наступления менархе, отмечали характер менструации, массу тела при наступлении менархе, определяли продолжительность менструации, количество теряемой крови (обильные, умеренные, скудные выделения), общее состояние до и во время менархе (жалобы на боли внизу живота до, во время и после менструации, их иррадиацию, тошноту, рвоту, головную боль, головокружение, боли в молочных железах, отсутствие аппетита). Подробно изучали дальнейшее течение менструации, ее ритм и продолжительность. Если указывалось на нарушение менструальной функции, то уточняли возможные причины, тип нарушения.

Возраст учащихся в исследованиях 2015 и 2022 гг. составил от 17 лет до 21 года. Средний возраст составил 17,9 и 18,06 года соответственно. Среди обследованных городские девушки составили 61,3% и 82,5%, сельские – 38,7% и 17,5% соответственно. При анализе анкет установлено, что 150 (71,5%) учащихся в 2015 г. жили в полных семьях, тогда как 60 (28,5%) девушек – в неполных. В 2022 г. эти показатели составили 72,5% и 27,0% соответственно, 1 (0,5%) девушка была сиротой.

Установлено, что более чем у половины девушек – высокий инфекционный индекс. Среди общих и детских инфекций встречались тонзиллит, краснуха, корь, паротит. В обеих группах у каждой пятой (19%) учащейся имелись хронические соматические заболевания. В структуре перенесенных заболеваний преобладали острые респираторные заболевания, миопия различной степени выраженности (17% и 15% соответственно в 2015 и 2022 гг.), хронический гастрит (6,6% и 5%), зуб (4,8% и 7,5%), хронический тонзиллит (3,8% и 2,5%).

Проведен анализ вредных привычек: 22% анкетированных в 2015 г. в прошлом пробовали курить; в исследовании 2022 г. отмечено, что большинство девушек (87,5%) не курили и лишь каждая десятая в прошлом пробовала курить. При изучении физической активности в 2015 г. установлено, что регулярно занимались спортом 20% учащихся, делала утреннюю зарядку каждая вторая; в 2022 г. – каждая пятая (22%) занималась спортом. У большинства опрошенных отмечены стрессовые ситуации, что составило 69,55% и 91% в обеих группах соответственно, 9% девушек (каждая десятая) отрицали стрессы в своей жизни. Причиной стресса в исследовании 2022 г. считали учебу 143 (71,5%) учащиеся, работу – 32 (16,0%), проблемы со здоро-

вьем – 62 (31,0%), разрыв отношений – 42 (21,0%), конфликты в семье – 2 (1,0%), смерть – 1 (0,5%), спорт – 1 (0,5%). Если лишь каждая третья учащаяся в 2015 г. отрицала стрессы в своей жизни, то в 2022 г. – каждая десятая. У 47,5% обследуемых отмечены гинекологические заболевания в анамнезе: воспалительные заболевания органов малого таза, патология шейки матки, нарушение менструального цикла по типу аномального маточного кровотечения (АМК), дисменорея, кольпиты неспецифической этиологии (таблица). Наиболее частыми причинами обращения девушек к акушеру-гинекологу были беспокоящие выделения из половых органов, зуд и жжение вульвы, дисменорея. При этом наличие ИППП все отрицали.

Гинекологические заболевания в анамнезе у учащихся в двух исследованиях

Заболевания	2015 г.	2022 г.
Воспалительные заболевания органов малого таза, %	3	3
Патология шейки матки, %	4	1
АМК, %	6,6	5
Дисменорея, %	31,4	41,5
Кольпит, %	6	4,5

Согласно результатам исследования, к 16–19 годам закончилось соматическое развитие, вторичные половые признаки развиты и соответствуют данным возрастной группы. У 12% и 17,5% девушек в обеих группах соответственно отмечался дефицит массы тела, у 26% и 5,5% – избыток массы тела, у 62% и 74 % – нормальные показатели ИМТ, выраженный дефицит зарегистрирован в 2% случаев, ожирение 1-й степени – в 1%.

При анализе анамнеза установлено, что возраст наступления менархе составил от 9 до 17 лет в первой исследуемой группе и от 10 до 17 лет – во второй. Средний возраст начала менархе составил в обеих группах соответственно $12,8 \pm 0,3$ и $12,9 \pm 0,8$ года. Большинство девушек знает понятие «менструальный цикл», менструальный календарь вели 80% девушек в первой исследуемой группе и 87% – во второй.

Раннее начало менструации (в возрасте 9 лет) зарегистрировано у 1 (0,5%) учащейся; в 10-летнем возрасте – у 3 (1,5%) и 6 (3,0%) девушек соответственно в исследованиях 2015 и 2022 гг., в 11-летнем возрасте – у 12 (5,7%) и 16 (8,0%), в 12 лет – у 34 (16,1%) и 46 (23,0%) учащихся. Становление менструации в возрасте 13 лет наблюдали у 52 (24,7%) и 64 (32,0%) девушек, в 14 лет наступление менархе зарегистрировано у 58 (27,6%)

Трибуна преподавателя

и 52 (и 36,0%), в 15 лет – у 21 (10%) и 9 (4,5%) соответственно. У 2 девочек в первой исследуемой группе установлена первичная аменорея, тогда как во второй группе таких девушек не было, 9 обучающихся не могли назвать начало менархе в первой группе, во второй группе таких девушек не было. При анализе менструальной функции в 2015 и 2022 гг. установлено, что 57,1% и 50% девушек соответственно отмечали нормальный менструальный цикл, 42,9% и 50% – нарушение менструального цикла.

Продолжительные менструации (более 7 дней) зарегистрированы у каждой десятой девушки в первой группе и у 3 (1,5%) – во второй. Дисменорея установлена в 31,4% и 41,5% случаев, АМК – в 6,6% и 5% соответственно. Нарушения менструального цикла (НМЦ) по типу опсоменореи выявлены у 17 (8,5%) девушек во второй группе. В структуре гинекологических заболеваний дисменорея у девушек занимает одно из ведущих мест. Физическое и половое развитие обследуемых с дисменореей не отличалось от данных здоровых девушек. У 30% девушек с дисменореей установлен дефицит массы тела, у 13% – ожирение.

При изучении факторов риска формирования патологии репродуктивной системы акцент был сделан на раннем начале половой жизни. Учащиеся БГМК информацию о половой жизни в первой и второй группах соответственно получили: от родителей – 18% и 57,5%, от друзей – 18% и 15%, от учителей – 19% и 1,5%, из средств массовой информации – 14% и 28,5%; затруднились ответить 41% девушек в первой группе, во второй группе таких девушек не было.

В обоих исследованиях установлено, что половую жизнь жили более половины учащихся (55,22% и 69,5% соответственно), отрицали половую жизнь 44,8% и 30,5% девушек. Использовали контрацепцию 39% и 100% опрошенных соответственно. Половую жизнь до 17 лет начали в первой и второй группах соответственно 6,2% и 34,5%, в 18 лет – 22% и 16,6%. К первому сексуальному опыту в обеих исследуемых группах девушек побудила преимущественно любовь. Примерно 40% опрошенных считают добрачные сексуальные отношения нормальными. Каждая вторая учащаяся хотела бы иметь двоих детей в будущем.

К основным методам контрацепции учащиеся отнесли использование барьерных методов (94% и 68,3% соответственно), прием оральных контрацептивов (4,8% и 5,8%).

Исходя из проведенных исследований, можно сделать вывод, что факторами риска формирования патологий репродуктивной системы являются стрессы, вредные привычки, соматическая патоло-

гия, раннее начало половой жизни, перенесенные заболевания, а также социально-бытовые и экономические условия.

Таким образом, оценка и укрепление репродуктивного здоровья девушек является крупной медико-социальной проблемой, решение которой определяет потенциал и репродуктивные возможности общества в полной мере. Необходимо дополнительное непрерывное просвещение по вопросам безопасного секса, предотвращения нежелательной беременности медицинскими специалистами (желательно до начала половой жизни). Фактор информированности и осознанности выбора играет большую роль в выборе женщиной метода контрацепции.

Таким образом, ежегодно необходимо консультировать подростков по вопросам физического, психического и полового развития, что позволит им активно участвовать в сохранении своего здоровья.

Использованная литература

1. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2021–2025 годы».
2. Инфекции, передаваемые половым путем // Информационный бюллетень. – ВОЗ, 2019.
3. Езепчик О. А. Проблемы здоровья подростков Республики Беларусь / О. А. Езепчик, М. Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегод. итоговой науч.-практ. конф., 22 января 2013 г. – Гродно, 2013. – Ч. 1. – С. 258–261.
4. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М., 2002. – 240 с.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2019 год. – Минск, 2020. – 316 с.
6. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье: с изм. и доп., внесенными Законом Республики Беларусь от 24.10.2016, вступающими в силу с 16 мая 2017 г. – Минск, 2017. – 152 с.
7. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и среднего медицинского персонала / под ред. Е. М. Русаковой, И. Ф. Мезен, Е. В. Зеневич. – Минск, 2011. – 258 с.
8. Справочник врача женской консультации / под общ. ред. Ю. К. Малевича. – Минск, 2014. – 415 с.
9. Сурмач М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем: монография. – Гродно, 2013. – 228 с.
10. Уварова, Е. В. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек / Е. В. Уварова, В. И. Кулаков // Репродуктивное здоровье девочек и подростков. – 2005. – № 1. – С. 6–10.



Доцент Т. В. Матвейчик

ПРАВИЛА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С СЕМЬЕЙ ПАЦИЕНТА В ХОДЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГОРЯ (СОПРОВОЖДЕНИЕ В УМИРАНИИ)

Международное научное общественное объединение «МАИТ»

Говоря о нравственных принципах биомедицинской этики в деятельности помощников врачей (Пвр) и медицинских сестер общей практики (МСОП), следует отметить, что внимание общества в целом к вопросам смерти и умирания усилилось в связи с последствиями мировой пандемии коронавирусной инфекции.

Повышенный спрос на услуги в сфере психического здоровья подтвержден статистикой постковидных осложнений в Республике Беларусь. Карантины по поводу малоизученного вируса привели к увеличению у населения проблем с психическим здоровьем (стресс, бессонница, тревога, депрессия). Услуги по охране психического здоровья были нарушены или полностью прекращены в 93% стран мира. Психологическая помощь с помощью цифровых технологий могла бы помочь удовлетворить возросший спрос. Это потребует диспансеризации лиц, переболевших COVID-19; первыми, к кому смогут обратиться пациенты, станут Пвр и МСОП как наиболее доступные и востребованные специалисты.

Накануне пандемии наиболее часто пациенты с фатальными заболеваниями обращались к психотерапевту с астено-депрессивными проявлениями (около 41,2%), с партнерскими или семейными проблемами (31,5%), страх оказаться в одиночестве перед лицом смерти испытывали до половины онкологических пациентов, и эта статистика не изменилась со времен Великой Отечественной войны.

Роль Пвр или МСОП в сопровождении таинства умирания была и остается значительной. Митрополит Антоний Сурожский так понимал роль человека, сопровождающего умирание: «Большей частью страшное для умирающего – мысль, что он отходит, умирает одиноко. В начале войны я был хирургом в полевом госпитале. Я сидел, как правило, с каждым умирающим в нашей больнице и не только своего отделения, но и в других отделениях. Это может делать кто угодно, способный уделить свое время тому человеку, у которого времени очень мало». Таким образом, сестринская помощь в поддержке пациента и его родственников в пе-

риод известия о фатальности и прогноза течения заболевания значительно возрастает. Главным этическим моментом в психологической поддержке пациента является выполнение правила – не оставлять человека наедине со страданием и страхом смерти, помогая своим молчаливым присутствием ему и его родственникам.

Основные принципы паллиативного ухода МСОП на дому или в хосписе:

- обеспечение безопасности пациента, включая инфекционную;
- конфиденциальность;
- уважение к пациенту и поддержание в нем чувства собственного достоинства;
- общение;
- поддержание независимости пациента.

Одной из непростых задач является борьба со страхом смерти у пациента, поэтому получение образования Пвр и МСОП в области эффективной коммуникации и профилактика синдрома эмоционального выгорания становятся педагогической задачей современного дополнительного образования.

Общение с умирающим человеком и его семьей относится к наиболее напряженным и тягостным компонентам врачебной и сестринской деятельности. Современная обиходная культура отказывается принимать смерть как нормальное явление. В ней видится враг, с которым следует сражаться, не ограничивая себя ни в средствах, ни во времени. О смерти можно говорить, отвлекаясь от конкретного человека, собеседника, как о чем-то, что имеет отношение лишь к предмету наблюдения. В результате тотального оптимизма, возведенного в ранг государственной идеологии, все внимание, все усилия общества должны были быть сконцентрированы на жизни, и смерть не должна была омрачать общество, занятое построением рая на земле.

Не случайно Европейское совещание по правам пациента (Амстердам, 1994) приняло декларацию, которая в числе других определила право пациентов на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты от-

носителем своего состояния, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых альтернативных методов лечения.

Пациент имеет право на предоставление сведений о возможных последствиях отказа от лечения, информации о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий. Однако знание важности такого поведения еще не означает легкости его реализации.

Современные сведения о правильном нравственном поведении медицинских работников в условиях ожидаемой смерти пациента подкреплены практикой преодоления пандемии COVID-19 и работой этических комитетов.

Большинство врачей предпочитает не говорить о смерти с умирающими. В одном из исследований было отражено, что они предпочитают говорить о фатальном исходе, скорее, с женщинами (22%), чем с мужчинами (15%), чаще с людьми более высокого социального класса (соответственно 24% и 5% – среди мужчин; 30% и 26% – среди женщин). Многие из врачей, которые заявляют, что они теоретически уверены в необходимости обсуждать с пациентом подобные вопросы, на практике часто используют всяческие уловки для умолчания.

Особый подход к умирающим больным накладывает иные требования к любому медику, подходящему к пациенту. Один из основных принципов психотерапевтического отношения – «не навреди». Для этого с самого начала необходимо внимание к нуждам и желаниям пациента, медсестра должна предполагать или знать, что хочет пациент. Ее попытка навязать свою поддержку, собственные представления может быть не принята пациентом, потому в работе с умирающим человеком необходимо прежде всего уметь слушать и слышать его. Каждый из нас обладает системой психологической защиты, она индивидуальна и в основном столь совершенна, что реакция адаптации происходит самопроизвольно, неумелыми или нежелательными действиями опасно ее разрушить. Поэтому при ведении терминального больного в центре внимания должен быть пациент, не сама болезнь (ее нозологические особенности, клиника, специфические методы лечения), а личность, которая нередко игнорируется.

Известно о существовании помимо вербальной (словесной) трансситуационной коммуникации, когда сведения передаются через язык тела, звук голоса, взгляд, как, например, при общении с детьми и домашними животными. В силу этого подходящий к больному врач (медсестра) должен быть полностью сосредоточен на восприятии пациента и его проблем. Подсознательная мысль об обреченности, прогнозирование жизни пациента

и иные представления должны быть полностью отброшены. Принцип «здесь и сейчас» должен превалировать над всем остальным.

Когда становится известно о неизлечимом заболевании, практически все больные люди не сомневаются в своей обреченности. Медицинские работники, которые оказывают помощь и психологическую поддержку таким пациентам, должны помнить о возникновении у них суицидальных мыслей и намерений. Успех проводимого лечения может существенно снизить актуальность суицида. Дело не только в избавлении пациента от страха перед болью и запретами, но и в возникновении у него ощущения защищенности. Проводимое лечение – это еще и средство, противостоящее чувствам одиночества, отчуждения от мира, которые испытывают все умирающие.

Примеры эффективных стратегий преодоления хронического страха:

- направление пациента на активное изучение реальности проблем и поиск информации;
- свободное выражение позитивных и негативных эмоций, вплоть до слез, умение переносить разочарования, управление чувствами, когда это возможно;
- просьба о помощи, в чем врач, Пвр и МСОП особенно действенны;
- расчленение проблемы на мелкие неприятности;
- ведение подвижного образа жизни и собственные усилия при осознании пациентом апатии;
- принятие неизбежности ситуации;
- вера в себя и других, сохранение оптимистичного настроения по поводу конечного результата, при этом Пвр (МСОП) следует знать разнообразные пути преодоления хронического страха, обусловленного прежде всего страхом боли и страхом смерти в одиночестве.

Пвр (МСОП) может помочь пациенту, если учитывает все разнообразие внешних и внутренних побудительных мотивов пациента на сопротивление фатальной болезни.

Факторы преодоления пациентом критической ситуации:

- внешние: вера человека (религиозность и надежда), поддержка семьи, психологическое состояние пациента, чувство собственного достоинства, мотивация, вид и характер болезни, объем и серьезность потребностей, возникших в результате болезни, стадия болезни, успешное использование опыта стратегий в прошлом, правильная оценка рисков болезни, поддержка и доступ к системе здравоохранения, физическая сила и финансовые возможности;
- внутриличностные: возраст, личные особенности характера, культура, навыки по уходу за

собой, ценности и убеждения, эмоциональное состояние, мыслительная способность пациента.

Взаимодействуя с разными людьми, Пвр и МСОП будет полезно понимание того, что волнует пациента, который может руководствоваться неверными сведениями. Понятно, что достижение успеха в подобном взаимодействии во многом зависит от личностных качеств медицинского работника, ее способности к состраданию, которое должно опираться на развитое самообладание (выдержку, спокойствие, хладнокровие). Врач (медсестра) должен оставаться деятельным и внимательным к пациенту, не сокращать время контакта с умирающим. Медицинский работник не должен говорить пациенту «Не беспокойтесь!», потому что больной человек переводит эту фразу как «Не надоедайте мне!». Только в таких условиях страдающий человек может найти в себе силы для самой важной для себя беседы.

Как МСОП определить время такого разговора? Проблема заключается не в том, говорить или нет пациенту о терминальной фазе болезни, а в том, как разделить эту информацию с ним, поскольку большинство пациентов предполагают или знают природу своего заболевания. Врач и медицинская сестра знают своих пациентов, они должны быть способны оценить их желание услышать правду и их способность противостоять шоку открытия. «Быть внимательным к мыслям больного человека – искусство нелегкое, ему нельзя научиться, если не упражняться с ранних лет» (Н. И. Пирогов).

В случае готовности пациента к обсуждению вопросов, связанных с надвигающейся смертью, все участники (врач, медсестра, пациент), возможно, уже прошли наиболее трудную стадию общения, и медицинскому работнику остается только слушать, принимать и разделять чувства больного человека и честно отвечать на его вопросы.

Касаюсь индивидуальной психотерапии, следует указать несколько ступеней, через которые проходит сознание умирающего человека, а также его близких.

Оказавшись перед лицом смерти, человек переживает ряд этапов. Э. Кюблер-Росс проследила путь умирающих через ряд стадий с того момента, когда они узнали о близости часа расставания с жизнью, до их последних мгновений.

Первая стадия – состояние, близкое к шоку. Оно возникает при осознании пациентом своей обреченности и близкого конца, является наиболее ответственным и острым. В связи с этим целесообразно давать информацию пациентам крайне осторожно, перекладывая инициативу в их руки. Травматизм информации уменьшается, если она дается дозированно, предоставляя возможность постепенной адаптации к ней. После получения

информации лучше не оставлять пациента одного, не убедившись в том, что он пережил острую стадию вместе с врачом. Важным условием является способность врача (медицинской сестры) сопереживать пациенту, а не проявлять формальное участие. Прорыв сознания через темноту шоковой дезорганизации ведет к стадии отрицания. Слова «Нет, только не я!» – самая обычная и нормальная реакция на объявление пациенту смертельного диагноза.

Стадия отрицания, вытеснения информации, страх неизвестности. Представление о смерти как о разрушении и уничтожении порождает у пациента негативный подход к смерти. Наличие заболевания, предположение прихода страданий в связи со смертью также заставляет задаваться вопросом «А больно ли умирать?». Соответственно, многие атеистически настроенные люди воспринимают информацию о смерти с ужасом и пытаются всячески вытеснить ее. Позиция врача (медсестры) в этом случае должна быть крайне гибкой. Необходимо помнить, что стадия отрицания или вытеснения временна, ее нельзя ломать навязыванием религиозных представлений.

Вслед за стадией отрицания нередко приходит стадия агрессии, гневного неприятия. Протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, кто, возможно, явился причиной болезни, – все это выплескивается или должно быть выплеснуто наружу. Позиция врача или медицинской сестры – принять этот выплеск на себя из милосердия к пациенту. Медицинские работники должны помнить, что агрессия, не находящая объекта вовне, обращается на себя и может иметь разрушительные последствия в виде самоубийства. Больной (умирающий) человек не должен оставаться один, пока не выплеснет свои эмоции.

Вслед за агрессией начинается стадия торга. Пациент вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, стать послушным пациентом или примерным верующим.

Следующая стадия – депрессии – также нуждается в разделении ее с врачом (медсестрой). Ее причиной является беспомощность перед лицом судьбы, ощущение зависимости от окружающих, наличие пролонгированного страха, не проходящие боли, изоляция. Душевная боль, также как и физическая, требует «анестезии». Если присоединить проблемы завещания, вызова нотариуса, обеспечения оставляемой семьи и детей, то получим картину кризиса, который переживает пациент. Разрешение этих проблем невозможно для какой-либо отдельной благотворительной организации, взявшей на себя миссию помощи умирающим людям. Необходима переориентация всей системы идеологии для того, чтобы появились сотни

волонтеров, желающих помочь тем, кто уходит. Примером является волонтерское движение, образовавшееся и развивающееся по инициативе Белорусского Красного Креста. В этом случае принципы паллиативной медицинской помощи могут быть ориентиром разработки индивидуального ухода за пациентом при умирании. Необходимым является противопоставление жестоким идеям эвтаназии, физически призывающим к самоубийству, альтернативных идей создания качественной жизни до конца у каждого уходящего пациента.

Принцип бесплатной помощи умирающим, также как и рождающимся детям, свидетельствует о традиционности гуманного и нормативного правового подхода к социальным проблемам.

Осознание реальной временности бытия должно быть противопоставлено всякого рода театральным вариантам, моделирующим чувство безответственности. Проблема агрессии в обществе, связанная с утилитарным подходом к устройству жизни, а также с основополагающими идеями, что человек, приходящий в этот мир, должен быть непременно счастлив, может быть разрешена с позиций признания приоритета духовного начала. Возрождение утраченных традиций гуманности и милосердия в медицине также способствуют снижению страха перед лицом фатальных ситуаций жизни и смерти.

Способы преодоления критических ситуаций умирающим и безнадежно больным пациентом:

- приближение, энергичная борьба с болезнью и активное участие в лечении (пациентам, использующим данный способ, свойственно большее беспокойство, они легко ощущают ненависть, страх, острое разочарование) – для долгосрочного результата;

- избегание (минимизация, рациональное осознание или подавление чувств, избирательное игнорирование фактов) – для краткосрочного результата;

- нехарактерная защита (твердость, сочетающаяся с изменчивостью в зависимости от степени угрозы).

Комплексная помощь пациенту при оказании паллиативного ухода базируется на известных путях преодоления проблем неизлечимой и фатальной болезни.

Нормализующие стратегии преодоления трудностей у людей с хроническими заболеваниями (укрытие, поддержание, передышка)

Укрытие означает, что признаки нетрудоспособности и боли пациентом скрываются. Подразумевает неиспользование устройства для поддержки – трости или другого внешнего признака физического недостатка (инвалидное кресло). Самым эффективным при укрытии является уста-

новление контроля над видимыми признаками дискомфорта или их устранение. Пациенты затрачивают на укрытие много сил не только для сохранения обычного состояния, но и с целью избежать вопросов любопытных, предотвратить неловкость у окружающих. Иногда окружающие могут испытывать дискомфорт, обусловленный тем, что не знают, как реагировать на явную боль, как уменьшить на этом фоне собственную силу, чтобы сократить разницу между своим состоянием здоровья и ухудшившимся состоянием пациента.

Поддержка подразумевает, что больной человек успешно справляется с проблемами в виде выраженной усталости и обострения болезни, достигаемого правильным купированием хронического болевого синдрома.

Передышка необходима для восстановления энергии. Укрытие и поддерживание должны чередоваться с отдыхом. Передышка – это результат осознания ограничения возможностей, деятельность по удовлетворению личных потребностей без их истощения, чаще всего это достигается краткосрочной госпитализацией в хоспис. Здесь пациент переживает психические изменения, обусловленные болезнью, но без болезненного расстройства, поскольку весь персонал осуществляет формы поддержки в уходе из жизни наименее травмирующим образом.

При удовлетворении потребностей умирающих необходимо ориентироваться на облегчение нелегкого, отягощающего умирания. Забота о таких пациентах включает в себя не только простой физический уход, но и удовлетворение эмоциональных, социальных и духовных потребностей с целью обеспечения максимального комфорта для человека до последней минуты его жизни.

Психологическая помощь врача и медицинской сестры умирающему пациенту позволяет по возможности освободить от боли, чтобы больной человек мог вести настолько активный образ жизни, насколько позволяет его состояние. Пациент имеет время, чтобы осмыслить и разрешить неурегулированные до сих пор конфликты, удовлетворить, насколько это возможно, оставшиеся у него желания. Необходимо также, чтобы пациент был в состоянии уступить контроль лицам, которым доверяет. Проще всего обеспечить подобную поддержку пациенту, если медсестра знакома с механизмами защиты от страха смерти.

Самим медицинским работникам также следует не забывать о правильном распределении сил.

В соответствии с направлениями действий по улучшению здоровья в мире и совершенствованием гарантий от системы общественного здравоохранения при оказании медицинской помощи 17 сентября объявлен ВОЗ Всемирным днем

безопасности. Он был учрежден в 2019 г. на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» (WHA 72.6). Целями Дня безопасности являются улучшение глобального понимания безопасности пациентов, повышение вовлеченности общественности в безопасность здравоохранения, содействие глобальным действиям по профилактике и уменьшению предотвратимого вреда в медицине.

В Республике Беларусь в 2019 г., например, была избрана тема «Говорите ради безопасности пациентов!», привлекающая внимание общественности к безопасности использования медицинскими работниками технологий и медицинских устройств в качестве мероприятия по совершенствованию культуры ответственности за безопасную медицинскую помощь для уменьшения непреднамеренного вреда. В 2020 г. актуальной стала тема «Медицинская помощь должна быть безопасной для пациентов и медицинских работников», подтвержденная итогами пандемии COVID-19.

Механизмы защиты от страха смерти у пациентов

Страус. При появлении неизлечимой болезни у пациента резко изменяется восприятие окружающего мира. Отрицая смерть, человек избегает разговоров о ней, либо, заменяя словами «переход», «уход», «забвение», «мир иной», не будет принимать участия в похоронах близких, не напишет завещания, будет откладывать посещение врача при наличии серьезных проблем со здоровьем. Больше нет энергии и желания что-либо делать, такому пациенту хочется спрятаться от людей и молча переносить свои страдания и горе.

Борец. Пациенты подобного склада пытаются противостоять смерти, пренебрегая опасностью, не соблюдать предписания врача, рассказывают анекдоты о смерти, утверждая, что являются хозяевами судьбы, контролируют ситуацию, сами выберут, как умереть. На первый план выступают вопросы о спасении жизни, затем о ее смысле и, конечно, о смерти. Происходит переоценка многих ценностей. Общаясь в этот период с пациентом и его родственниками, медицинская сестра должна всеми своими действиями предупредить появление и остановить развитие панического страха. Замечено, что пациент, который поддался панике, при одной и той же болезни либо с трудом существует в течение многих лет, либо очень быстро умирает. Медсестра, прежде всего, убеждает окружающих пациента и его самого в доступности и эффективности современной медицинской паллиативной помощи, обеспечивающей полноценную активную жизнедеятельность на месяцы, годы, часто без каких-либо физических страданий. Это

может притупить мучительные опасения и страхи пациента, помогает принять неизбежное: обдумать и решить, что нужно сделать в оставшееся время. В беседе с пациентами медсестра всякий раз делает акцент на том, что можно еще в оставшееся время не «умирать ежедневно от своей болезни», а «жить с ней в согласии». Жизнь продолжается, и умирать еще не завтра. Прежде всего, нужно не сдаваться, а продолжать привычную активную деятельность (работу, службу, встречи с людьми) и делать это как можно дольше.

Христианское восприятие. Смерть является неотделимой частью жизни и обязательной частью перехода к жизни вечной. Это закономерная, завершающая часть жизненного цикла. Тему смерти не избегают, она не является трагедией, включена в повседневную жизнь. Учеными достоверно установлено, что подобная философская концепция неизлечимо больного человека определяет происходящие с ним положительные изменения на физиологическом и физическом уровнях. МСОП должна также обращать внимание на целительную силу духовных и светских книг, мелодичной музыки и природы. Они дают больному новые светлые мысли, способствуют примирению с судьбой.

Наряду с негативными явлениями, такими как беспомощность, ощущение малой ценности и т. д., детство хранит для нас неисчислимы возможности компенсации, которыми можно пользоваться для блага пациента. Прежде всего, это терапия присутствием, чувство одиночества больного сродни материнской депривации, поэтому самое большое, что мы можем дать пациенту, – это наше общество и наше время. (Вспомните, как рука матери, приложенная к больному месту, утешала боли, хотя бы чисто психологически.) Держание пациента за руку, прикосновение к нему дают тот же эффект. Позиция Пвр (МСОП) – быть на одном уровне с пациентом требует, чтобы он сидел на постели и максимально сокращал дистанцию между собой и пациентом. Присутствие домашних животных, способных к бескорыстному эмоциональному контакту и привязанности, существенно помогает пациенту.

Нередко использование фотографий родителей или близких помогало пациентам включить систему психологической защиты. Воспоминания детства и счастливых дней, использование фотографий самого пациента в молодости способствовало не только самоутверждению пациента, но также помогало персоналу воспринимать его как более полную личность. Прошлое всегда способно скрашивать настоящее. Наличие любимых вещей пациента, присутствие икон, если пациент верующий, горящая лампада, окружение элемен-

Обмен опытом

тами природы, будь то живые цветы, записанные звуки моря или пение птиц, обращенность пациента лицом к окну также дают хороший психотерапевтический эффект. Вспоминается случай, когда больной человек просил включить кран в палате, и звуки льющейся воды успокаивали его. Конечно, нужно помнить, что воздействие на больного человека самых лучших психотерапевтов не может заменить ему общения с близкими и родными. Задачей является дать ориентировку родственникам, приходящим к пациенту в последние его дни или часы. Как часто мы бывали свидетелями, когда родственники сидели рядом с пациентом, едва сдерживая слезы или пытаясь подбодрить его ложной надеждой. Любой приходящий к пациенту, обуреваем желанием что-то сделать для него. В этом случае работа с семьей должна сводиться к убеждению, что лучшее для больного – просто быть рядом. Нет необходимости вести надуманные разговоры, достаточно взять человека за руку – и все остальное уже не будет иметь значения.

Достоинная милосердная смерть (естественная, никак не связанная с извращениями эвтаназии) признана предпочтительнее продленному мучению. Продление процесса мучительного умирания в страданиях было определено как современная эпидемия. Технические пособия (респираторы, диализаторы, капельное введение поддерживающих жизнь средств) должны быть замещены заботой, лаской, вниманием, стать свидетельством, которое должно быть на равных правах включено в историю болезни пациента. В настоящее время все 50 штатов США имеют законы, признающие право больных на так называемое жизненное завещание (завещание о воле к жизни – Living will). Ниже приведен текст одного из вариантов такого завещания (они имеют отличия в различных штатах).

«Я полон желания жить долгой и полной жизнью, но не всякой ценой. Если моя смерть близка и ее невозможно избежать, и если возможно, что я лишусь способности созидательно взаимодействовать с другими и не буду иметь разумно предполагаемого шанса возвращения этой способности или мои страдания станут интенсивными и неотвратимыми, я не хочу искусственного продления моей жизни. Я хотел бы просить не подвергать меня хирургическим вмешательствам или реанимации. Я не хотел бы, чтобы моя жизнь поддерживалась средствами механической вентиляции легких, интенсивной терапии или другими продляющими жизнь процедурами. Я хотел бы иметь возможность ухода и заботы обо мне, которая давала бы мне комфорт и поддержку, облегчающие мое взаимодействие с другими в течение той продолжительности времени, пока это

будет возможно, и пусть это принесет им и мне мир и спокойствие».

Большинство пациентов не способно осознать более двух или трех фактов одновременно, поэтому медсестре необходимо объяснять информацию постепенно, постоянно контролируя понимание. Следует избегать медицинских терминов, даже самых простых, таких как «катетер» и пр. При объяснении могут помочь рисунки или диаграммы. Необходимо дать пациенту возможность повторить информацию, чтобы проверить понимание.

В отличие от пациента, родственников часто интересует прогноз развития заболевания, поэтому вопрос «Доктор, сколько ему (ей) осталось?» не один раз слышали врачи, работающие в онкологических клиниках.

Задачи Пвр (МСОП) при поддержке родственников пациента в переживании этапов горя:

- установить контакт с человеком, перенесшим утрату;
- дать разрешение на выражение горя в форме, которая наиболее эффективно помогает перенести утрату;
- дать понять, что проявления горя не являются особой реакцией, это нормальная реакция;
- помочь в озвучивании испытываемых человеком чувств;
- рассказать, в чем заключается переживание горя, чего следует ожидать, особенно в течение первого года;
- способствовать развитию самопомощи;
- дать, если требуется, соответствующие объяснения по изменению лечения;
- помочь родным умершего понять, что они переживают утрату не только человека, но и несбывшихся надежд;
- оказать помощь в использовании ритуалов и в практических делах;
- содействовать механизму сотрудничества с другими службами в использовании поддержки;
- поддержать стремление оставшихся людей к прежним занятиям;
- помочь в осознании возможностей для личностного роста.

Лист самоконтроля МСОП (Пвр) при сообщении информации пациенту:

- говорите просто и ясно;
- проверьте, что уже известно пациенту;
- избегайте медицинских терминов;
- категоризируйте сообщение («во-первых, во-вторых...»);
- несколько раз разными словами повторяйте сказанное;
- используйте рисунки или диаграммы;
- проверяйте уровень понимания («Объясните, как вы поняли...»);

- напишите наиболее важную для пациента информацию на бумаге;

- дайте пациенту информационный буклет.

Врач общей практики или тот, кто диагностировал фатальное заболевание с неблагоприятным для жизни и выздоровления прогнозом, должен помнить, что не следует спешить с сообщением пациенту травмирующей информации в процессе разговора. Идеально дождаться удобного момента, когда пациент будет готов к восприятию такой информации, а уже после сообщения следует не забыть проверить уровень понимания.

Эмоциональное принятие травмирующей информации

Принятие неизлечимо больным человеком травмирующей информации отнимает время и напоминает процесс переживания горя. Для облегчения этого побуждайте пациента к открытому выражению эмоций, этим вы поможете ему справиться с ситуацией. Например, спросите: «Как вы себя сейчас чувствуете?» Для более ясного представления эмоционального принятия пациентом известия о фатальности состояния, опишем в общем виде эмоциональные реакции, связанные с ним.

Страх, который испытывает пациент, периодически блокирует поступление новой информации, способной травмировать личность. По мере адаптации человека все новые и новые факты становятся доступными сознанию. Длительное время полностью отрицать реальность невозможно, так как это требует постоянного напряжения психической энергии, соответственно, остается меньше сил на все остальное. С другой стороны, принятие реальности и осознание своих страхов возвращает пациенту уверенность в себе и позволяет постепенно взять сложившуюся ситуацию под контроль.

Злость является нормальной реакцией на травмирующую ситуацию и может быть негативной или позитивной. Негативная злость может быть направлена на себя, в результате чего становится причиной чувства вины или депрессии («Я чувствую себя такой (таким) бесполезной (ым)»), или же на других. Например, на тех, кто заботится о пациенте, на медицинского работника. Тем не менее энергия злости также может быть использована и позитивно, например для борьбы с болезнью.

Грусть обычно появляется в результате утраты пациентом чего-либо значимого для него (работы, привлекательности, способности к самостоятельному передвижению). Если пациент отказывается признать потерю, то это может стать причиной страданий и иногда депрессии. Открытое выражение эмоций включает болезненный процесс признания больным человеком произошедших изменений, за признанием потери следует обсуждение чувств и, наконец, принятие.

Зависимость от других людей и ситуации является нормальным переживанием. В конце концов, мы все во многом зависим от других. Во время кризиса чувство беспомощности и зависимости иногда необходимо как способ избежать излишней перегрузки трудностями. В такой ситуации человек склонен обращаться к другим за поддержкой, и эта помощь должна быть ему оказана. Как только человек восстановит энергию, он снова будет способен двигаться по направлению к открытому выражению чувств, сможет самостоятельно принимать решения и снова примет на себя ответственность за свою жизнь.

Беспомощность является типичной реакцией организма на эмоциональную перегрузку, что часто встречается в кризисной ситуации. Неспособность найти смысла в происходящих событиях может вести к отчаянию. Тем не менее сильные переживания могут также стать причиной изменений жизненных приоритетов и нахождения нового смысла в жизни.

Медицинская сестра должна помнить, что самые сильные и динамично меняющиеся эмоции человек испытывает именно в критической ситуации.

Встреча медицинского работника с родственниками

Болезнь оказывает влияние на всю семью, таким образом, медицинский работник может невольно стать причиной проблем общения в семье в том случае, если он сообщает информацию только родственникам, а пациенту нет, или наоборот. Именно поэтому встреча одновременно с пациентом и его родственниками, как правило, предпочтительнее. Во-первых, она несет в себе больший терапевтический эффект, а во-вторых, позволяет сэкономить ваше время. Для того чтобы организовать такую встречу, можно спросить пациента: «Вы не возражаете, если ваши родственники также примут участие в разговоре?» Как правило, медсестре не требуется прикладывать много усилий, чтобы организовать встречу с семьей пациента. Сам факт подобной встречи иногда может пугать врача, так как в этом случае придется сообщать травмирующую информацию всей семье и, следовательно, принимать на себя реакцию всех ее членов. В такой ситуации контролировать происходящие события может быть гораздо сложнее, поэтому чрезвычайно полезно для врача иметь рядом с собой коллегу (врача или медсестру), если, конечно, это возможно.

Психологически врачу, Пвр, МСОП нелегко выдержать постоянные условия боли, страданий и горечи от утраты. Следует использовать рекомендации по деонтологии в паллиативной помощи, позволяющие облегчить ситуацию, стараясь с минимальным вредом для собственной психики

медицинских работников создать максимальный комфорт для больного человека, принимая помощь волонтеров, подключая родственников и друзей пациента.

При удовлетворении потребностей умирающих необходимо ориентироваться на облегчение нелегкого, отягощающего умирания. Забота о таких пациентах включает в себя не только простой физический уход, но и удовлетворение эмоциональных, социальных и духовных потребностей с целью обеспечения максимального комфорта для человека до последней минуты его жизни. Персонал по паллиативному уходу, сталкиваясь со смертью, не всегда знает, как себя вести и что сказать родным при уходе из жизни подопечного.

Уместные выражения соболезнования близким для пациента людям: «Мне очень жаль», «Я не знаю, что вы чувствуете, но я буду с вами», «Не стесняйтесь, плачьте, это нормально, я здесь, чтобы быть с вами».

Говоря об умершем человеке, произносите его имя, рассказывайте об умершем человеке. Используйте открытые вопросы, не подразумевающие ответ «да» или «нет». Используйте третье лицо для начала беседы: «Некоторые люди говорили мне, что самое тяжелое – это одиночество. Что вы думаете об этом?» или «Многие отмечают, что крайне трудно сконцентрироваться. Какой ваш опыт?»

Неверные выражения соболезнования родным и близким умершего человека:

- ✓ «Я знаю, что вы сейчас ощущаете».
- ✓ «Со временем вы привыкнете».
- ✓ «Не плачьте».
- ✓ «На это была воля Божья».
- ✓ «Вы найдете другого человека», «У вас еще будут другие дети», «К счастью, вы не одиноки, у вас есть муж».
- ✓ «Если вам понадобится что-либо – позвоните мне».
- ✓ «Вы должны радоваться: он/она не страдал долго».

Правила для Пвр (МСОП) в поддержке людей, перенесших потерю родных, близких:

- мы не можем избавить человека от испытываемой боли утраты;
- можно столкнуться с агрессивной реакцией, выраженным проявлением чувств;
- не следует удивляться, если человек повторяет одни и те же истории, это необходимо для осознания нужд, чувств, ожиданий;
- степень важности утраты способен оценить только сам человек;
- нельзя отказаться от попытки установить контакт с человеком, перенесшим утрату;
- нужно осознавать важность не делания чего-либо, а присутствия;

- необходимо развивать в себе умение слушать и безоценочно воспринимать человека;

- в период переживания горя и утраты люди нуждаются в такте окружающих.

Стивен Кови считает: «Если вы хотите улучшить ваши отношения – воспринимайте любовь как глагол, а не как чувство».

Разнообразные потрясения в жизни общества (революции, локальные военные действия, экономический кризис) оказывают влияние на такие человеческие качества, как сочувствие, деятельная помощь людям, попавшим в тяжелую ситуацию, максимально возможное привлечение элементов социальной адаптации для конкретных нуждающихся пациентов.

Анализ этических взаимоотношений больных людей в разные исторические этапы позволяет выделить опасности текущего десятилетия XXI в.

Опасности нарушений этики взаимодействия с пациентами в системе оказания паллиативной медицинской помощи:

- ✓ Девальвация таких критериев, как гуманность, доброта, сострадание, милосердие в работе врачей и медицинских сестер, в определенной степени обусловленная избыточной нагрузкой, профессиональным нерегулируемым стрессом и низкой оценкой общества их вклада в здоровье общества в целом.

- ✓ Здоровье больного человека стало источником материального благополучия врача (медсестры), что подтверждено, например, статистикой выписанных без медицинских показаний лекарственных средств около 25% пациентов в США (2010).

- ✓ В состав комитетов по биомедицинской этике включены юристы и священнослужители, что позволяет более полно удовлетворять юридически обусловленные и нематериальные потребности пациента вблизи смерти.

Специалисты в области паллиативной медицинской помощи подчеркивают, что умирающих людей в определенном смысле можно возродить: «Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего в достижении цели» (А. Сурожский).

МСОП и Пвр могут поддерживать межпрофессиональное образование и практику. В любой организации здравоохранения они могут добиваться реализации программ совместного обучения и работы в команде, реализации соответствующих моделей сестринского ухода за пациентом.

Помочь в достижении баланса между медицинским подходом (вниманием к лечению заболеваний) и укреплением здоровья населения посредством преобладания личной ответственности за здоровье (мерами по сохранению и укреплению здоровья, профилактике, близкими к модели дефицита самоухода Д. Орем) может самообразование

как необходимый элемент непрерывного медицинского образования через всю жизнь. «Легко любить людей на расстоянии, не всегда – полюбить того, кто рядом. Проще дать тарелку с рисом голодающему, чем утолить голод одиночества или более того, кто живет с нами в одном доме. Любите своих домочадцев. Любовь начинается с дома» (Мать Тереза).

Использованная литература

1. Русак С. М. Особенности организации неотложной медицинской помощи пациентам в «красной зоне» на амбулаторно-поликлиническом этапе. Сохранность психического здоровья медицинской сестры в эпоху пандемии / С. М. Русак, Т. В. Матвейчик // Вестник медицинского института им. Меграбяна: науч.-метод. журнал. – 2022. – Т. 12. – С. 25–44.

2. Демографический ежегодник Республики Беларусь: стат. сборник. – Минск, 2019. – 429 с.

3. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи: Закон Республики Беларусь от 11.12. 2020 № 94-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094&p1=1>. – Дата доступа: 02.04.2021.

4. Матвейчик Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мецераков; БелМАПО. – Минск, 2015. – 192 с.

5. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: рук-во для специалистов, во-

влеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2011. – 368 с.

6. Практикотерапия, сфокусированная на страдании: взгляд изнутри. Рабочая тетрадь для терапевтов с заданиями для самостоятельной работы и саморефлексии / Р. Л. Кольц [и др.]. – СПб., 2022. – 400 с.

7. Горчакова А. Как «выжить», работая с горем (о синдроме профессионального выгорания для специалистов, работающих в сфере здравоохранения). – Минск, 2021. – 16 с.

8. Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни / Комитет по биоэтике Совета Европы. – Страсбург, 2014. – 32 с.

9. Сурожский А. О современной медицинской этике. – СПб., 2009. – 63 с.

10. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435–XII // КонсультантПлюс. Беларусь / ЮрСпектр, Нац. центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск, 2021.

11. Кралько А. А. Медицинское право: учеб.-метод. пособие: в 3 т. – Минск, 2019. – Т. 1. – 154 с.; Т. 2. – 150 с.; Т. 3. – 100 с.

12. О правилах медицинской этики и деонтологии: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.08.2018 № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ЮрСпектр, Нац. центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск, 2021.

Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку

Преснякова, С. Контроль за процессом стерилизации / С. Преснякова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 30–34.

Профилактика постинъекционных осложнений. Методичка для медсестер // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 106–111.

Профилактика сестринских ошибок при инъекциях. Готовые инструменты для медсестер // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 100–104.

Психологическая подготовленность – ведущий фактор имиджа личности медицинского работника / О. С. Ковшова [и др.] // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 45–51.

Ресурсы повышения профессионального статуса медицинских сестер хирургического профиля / И. Н. Луцевич [и др.] // Главврач. – 2021. – № 6. – С. 57–78.

Романова, Т. Выбор средств для гигиены рук медицинских работников и обеззараживания кожных покровов пациентов в соответствии с новыми нормативными документами / Т. Романова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 62–66.

Самосейко, В. Новое в номенклатуре должностей служащих медицинских работников и требованиях к ним / В. Самосейко // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 8. – С. 49–53.

Сараев, А. Р. Оценка социально-профессиональных характеристик участковых медицинских сестер / А. Р. Сараев // Главврач. – 2021. – Прил. к № 3. – С. 31–36.

Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ

Простая кулинария

ГРИБОЧКИ В БЕКОНЕ

Ингредиенты:

- шампиньоны – 11 шт.;
- бекон копченый – по количеству грибов;
- сыр – 50 г;
- соль – по вкусу;
- перец черный молотый – по вкусу.

Приготовление:

1. Выложить шампиньоны в миску, немного посолить, поперчить, перемешать.
2. Завернуть каждый подготовленный грибочек в полоску бекона (без шкурки). Концы бекона закрепить деревянной зубочисткой.
3. Переставить подготовленные шампиньоны в форму для выпечки.
4. Натереть сыр на мелкой терке и посыпать им сверху грибы в беконе.
5. Поставить грибы в духовку, разогретую до 180 °С. Запекать приблизительно 15 мин.
6. Достать горячую закуску из духовки и сразу же вынуть зубочистки. Закуску с грибами подавать на блюде, украшенном листьями салата.



РУЛЕТ С КОЛБАСОЙ И МОРКОВЬЮ ПО-КОРЕЙСКИ

Ингредиенты:

- лаваш тонкий – 3 листа;
- колбаса полукопченая – 200 г;
- морковь по-корейски – 250 г;
- сыр – 100–150 г;
- майонез – 150 г.

Приготовление:

1. Натереть на крупной терке колбасу. Натереть на мелкой терке сыр.
2. Смазать майонезом первый лист лаваша. Сверху посыпать равномерно тертой колбасой.
3. Накрыть вторым листом лаваша и также смазать его майонезом. Распределить по всему лавашу морковь по-корейски.
4. Накрыть третьим листом лаваша, смазать его майонезом. Сверху посыпать равномерно тертым сыром.
5. Скрутить плотный рулет, завернуть его в пищевую пленку и убрать в холодильник настаиваться на 1–2 ч (можно на ночь).
6. При подаче нарезать рулет порционными кусками и красиво выложить на блюдо.



САЛАТ «ГЕРЦОГИНЯ»

Ингредиенты:

- сыр дорблю – 100 г;
- киви – 2 шт.;
- орехи грецкие – 50 г;
- лук репчатый – 1/2 шт.;
- петрушка свежая – 1 пучок;
- листья салата – 1 пучок;
- уксус яблочный – 5 ст. л.;
- сахар – 1 ст. л.;
- соль – 1 ч. л.;
- масло растительное – 3 ст. л.;
- горчица в зернах – 1 ч. л.

Приготовление:

1. Измельчить лук и замариновать его. Для маринада смешать уксус, соль и сахар.
2. Измельчить петрушку, сыр. Нарезать киви.



3. Порвать руками листья салата, выложить их на дно блюда. Поверх выложить петрушку, затем киви и сыр. Добавить маринованный лук и посыпать орехами.

4. Приготовить заправку: смешивать горчицу в зернах, растительное масло и несколько ложек маринада для лука.

5. Полить салат заправкой, не перемешивать.

САЛАТ «НЕЖНЫЙ»

Ингредиенты:

- крабовые палочки – 100 г;
- яйца отварные – 2 шт.;
- яблоко – 1 шт.;
- сырок плавленый – 1 шт.;
- лук салатный – 1/2 шт.;
- масло растительное – 1 ст. л.;
- сок лимона – 1 ст. л.;
- соль – 1 щепотка;
- сахар – 1 щепотка;
- майонез – 6 ст. л.



Приготовление:

1. Лук мелко нарезать, замариновать на 2–3 ч. Для маринада смешать растительное масло, сок лимона, соль, сахар.

2. Натереть на крупной терке плавленый сырок (можно предварительно заморозить, чтобы было легче натереть), крабовые палочки и яйца.

3. Очистить яблоко от кожуры и семян, натереть на крупной терке.

4. Выложить тертый сырок на тарелку. Сделать сеточку из майонеза. Затем выложить маринованный лук, сверху – четверть крабовых палочек. Снова сделать сеточку из майонеза.

5. Выложить слой яблок, сделать сеточку из майонеза. Выложить яйца, сделать сеточку из майонеза. Посыпать салат сверху и с боков оставшимися крабовыми палочками.

6. Поставить салат в холодильник на 1 ч.

ТВОРОЖНЫЙ ДЕСЕРТ С КОНСЕРВИРОВАННЫМИ ПЕРСИКАМИ И ГРЕЦКИМИ ОРЕХАМИ

Ингредиенты (на 2 порции):

- творог жирный – 200 г;
- персики консервированные – 200 г;
- сливки 15% – 80 мл;
- сахар – 40 г;
- орехи грецкие (ядра) – 30 г;
- ванилин – 1 щепотка;
- корица молотая – 2 щепотки.



Приготовление:

1. Соединить в емкости для взбивания творог, сливки, сахар и ванилин, пробить погружным блендером. Творожная масса должна получиться без единого комочка, кремовой консистенции.

2. Мелко порубить ножом ядра грецких орехов (если орехи сырые, можно поджарить их на сухой сковороде 1–2 мин и остудите перед измельчением). Оставить две половинки ореха для украшения десерта.

3. Нарезать персики небольшими кубиками. Оставить несколько слайсов для украшения десерта.

4. Собрать десерт в стаканах (креманках). Насыпать на дно стакана половину измельченных орехов. На орехи выложить половину нарезанных персиков. На персики выложить половину творожного крема (удобнее это делать с помощью кондитерского мешка). Далее снова выложить слой орехов. Следующий слой – оставшиеся персики. Завершающий слой – творожный. Присыпать поверхность каждого десерта молотой корицей, украсить слайсами персика и половинками грецкого ореха.

5. Подавать десерт можно сразу, а можно охладить в холодильнике.



Профессор В. К. Милькаманич

КАК СТАТЬ ЛУЧШЕ С ПОМОЩЬЮ ПОЗИТИВНОГО САМОВНУШЕНИЯ

Белорусский государственный университет

Что разум человека может постигнуть и во что он может поверить, того он способен достичь.
Н. Хилл

Стремление стать лучше протекает на протяжении всей жизни каждого человека. Оно характеризуется осознанностью и постоянностью, что формирует новые личностные свойства и качества.

Когда мы хотим измениться, улучшить качество своей жизни, разнообразить ежедневную череду событий, повысить свою профессиональную и личную эффективность, мы задумываемся над тем, как изменить себя в лучшую сторону, каким образом нейтрализовать слабые стороны своей натуры и т. п.

Эффективным инструментом для достижения поставленных целей является самовнушение, которое адресовано человеком самому себе и характеризуется не критическим восприятием мировоззрений и установок. Путем самовнушения можно вызывать ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывать воздействие на вегетативные функции организма.

Каждый из нас уже не один раз использовал самовнушение в какой-то момент своей жизни. Мы сталкиваемся с самовнушением разной интенсивности постоянно. Например, подавление тревоги перед неизвестностью, старания успокоить себя перед публичным выступлением и тому подобное.

Однако главная проблема в том, что большинство людей использует эту технику, чтобы сосредоточиться на негативных вещах, а не на позитивных. Например, мы говорим «я устал», «я бесполезен», а затем удивляемся, почему на самом деле так себя чувствуем. Если мы думаем о чем-то и визуализируем это, наш мозг не может определить, действительно ли происходящее реально или это работа воображения. Так, известный советский актер И. Н. Певцов заикался, однако преодолевал свой недостаток речи на сцене. Он внушал себе, что на сцене выступает не он, а персонаж пьесы, который не заикается.

Первым делом нужно избавляться от негативных мыслей и эмоций – это часть любой грамотной программы формирования здорового образа жизни.

Решите, какие черты характера вам нужны. Определите плохие привычки, от которых вы хоте-

ли бы избавиться. Установите, какие препятствия вы хотите преодолеть. Выберите то, чего вы действительно желаете. Убедитесь, что это желание согласуется с другими вашими целями, что оно конкретное и подробное, не вредит остальным и достаточно сложное, но выполнимое.

Наше самовнушение должно быть только позитивным: не следует в утверждениях использовать слова «нет», «никогда», «не надо», «не могу». Оказывается, что наше подсознание не воспринимает частицу «не», поэтому нельзя составлять формулы самовнушения с отрицанием какого-либо действия или явления.

Подсознание реагирует только на позитивные команды. Сравните фразы «я всегда уверен» и «я никогда не нервничаю». Если повторять «я никогда не нервничаю», то мозг фокусируется на «нервничаю». В итоге человек продолжает нервничать с новой силой. Аналогично нельзя говорить «я не хочу курить» или «я не курю», подсознание поймет ровно наоборот. Утверждение должно быть положительным: «Я равнодушен к сигаретам», «Я бросил курить» или «Я перестал курить».

Наиболее эффективно методы самовнушения действуют, когда активные мысли в виде целевых формул (мысли, несущие четкую осмысленную установку подсознанию) протекают на фоне состояния расслабления организма. Чем сильнее расслаблен организм, тем податливее становится подсознание для целевых установок.

Сила самовнушения находится в прямой зависимости от степени желания достижения поставленной конкретной цели, от степени концентрации внимания на установках для подсознания.

Принципиальной разницы между внушением, привнесенным извне, и самовнушением нет. Однако самовнушение оказывает несравнимо более мощное воздействие на личность по сравнению с посторонним внушением. Это объясняется тем, что самовнушением человек может заниматься самостоятельно и неограниченно в течение жизни. Поэтому для позитивного самовнушения нужна постоянная ежедневная практика.

Рассмотрим некоторые действенные методы, которыми можно воспользоваться при самовнушении: аффирмации, визуализация, аутогенная тренировка, медитации, самогипноз, рекапинг, психотехника «воздушный шар», метод самовнушения Г. А. Шичко, применение сна.

Аффирмации – простые утверждения, проговариваемые вслух или мысленно. Внушайте себе то, каким человеком вы хотите быть. Например: «У меня крепкое здоровье», «Я уверен (а) в себе», «У меня хорошая работа». Благодаря аффирмациям позитивные мысли начнут замещать негативные и постепенно окончательно их вытеснят.

Визуализировать – это мысленно представлять себе желаемое событие и жить в нем. Визуализация столь эффективна потому, что наш разум не отличает реальных событий от воображаемых. Он полагает, что это действительность.

Например, визуализация состоит в следующем. Вы говорите «Я – отличный оратор», а затем представляете, как произносите чудесную речь перед аудиторией. Представьте, что вы делаете определенные жесты рукой, подчеркивая свою точку зрения.

Визуализировать можно перед сном или сразу после пробуждения. В эти моменты человек больше всего восприимчив к внушению.

Аутогенная тренировка – это метод самовнушения в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень). Создателем метода аутогенной тренировки является И. Г. Шульц, ему же принадлежит и одноименный термин.

Практикуя этот метод самовнушения, необходимо добиться расслабления, которое наступает на грани яви и сна. Рекомендуются лежать или сидеть в позе «кучер на дрожках».

В позе «кучер на дрожках» можно заниматься практически везде, где есть стул, табурет, ящик подходящей высоты и т. п. (рисунок):



1) сядьте на край сиденья так, чтобы край стула пришелся на ягодичные складки (не следует садиться на все сиденье, так как это приведет к затеканию ног);

2) широко расставьте ноги, чтобы расслабить мышцы, сводящие бедра;

3) голени поставьте перпендикулярно полу; если после этого остается напряжение в голени, подвиньте стопы вперед на 3–4 см до исчезновения напряжения;

4) голову опустите вперед, чтобы она висела на связках, и сгорбите спину;

5) покачиваясь взад-вперед, убедитесь, что поза устойчива за счет равновесия между опущенной головой и сгорбленной спиной;

6) положите предплечья на бедра так, чтобы кисти мягко огибали бедра и не соприкасались, опираться предплечьями на бедра не следует;

7) закройте глаза и дышите спокойно, как во сне, делая вдох и выдох через нос.

Добившись расслабления, необходимо:

- активизировать воспоминания, связанные с приятными ощущениями, пережитыми в прошлом;
- вызывать при необходимости не только успокоение, но и повышение психоэмоционального тонуса;
- сопровождать формулы самовнушения образными представлениями.

Эффективность применения данной психотехники будет зависеть от степени сосредоточенности, поэтому другие дела исключаются. Метод самовнушения требует ежедневных занятий, хотя бы два раза в день.

Медитация – это интенсивное, проникающее вглубь созерцание, погружение сознания в суть предмета, идеи, которое достигается путем сосредоточенности на одном и устранении из сознания всех мешающих факторов – как внешних, так и внутренних.

Для медитации нужна среда, которая будет удобной и расслабляющей. Это обязательно должно быть спокойное место. Для расслабления сознания можно использовать музыку.

Можно сесть на пол или на стул, при этом ноги не должны быть скрещенными. Следует удобно расположиться, чтобы не было напряжения. Дыхание глубокое и размеренное. Если в голову приходит мысль, не заикливайтесь на ней. Как только наступит полное расслабление, надо повторять слова самовнушения про себя. Вложите в эти утверждения как можно больше эмоций. Визуализируйте то, как вы выполняете запланированное в аутотренинге. Медитация должна продолжаться не менее 20–30 мин ежедневно.

Школа само- и взаимопомощи

Самогипноз – это одна из самых мощных психотехник. Первый шаг состоит в том, чтобы расслабиться. Затем необходимо успокоиться и войти в состояние умиротворенности. После чего произнесите фразу «Я глубоко сплю». Далее следует мысленно посчитать от 5 до 0, представляя, как вы все дальше отрываетесь от привычного мира, погружаясь все глубже в темноту гипнотического забытья. После счета «ноль» еще раз произнесите ключевую фразу «Я глубоко сплю» и мысленно осмотритесь. Вы находитесь внутри своего подсознания.

Пришло время произнести формулу, которая поможет вам в будущем достигать этого состояния быстрее. Она звучит так: «Каждый раз, когда я произношу слова “Я глубоко сплю”, я все быстрее вхожу в состояние самопрограммирования». Эту формулу необходимо повторять на каждом из первых занятий несколько раз и только после этого проговаривать формулы самовнушения.

Рекапинг – это эффективная психотехника, дающая возможность заново – в виртуальном пространстве – концентрированно пережить прошлую ситуацию, но пережить ее по-новому. Переживание заново – это усмотрение в старой ситуации новых возможностей, причем не для тогда, а новых возможностей сейчас. Речь идет о ситуациях, которые значимы до сих пор. Только поэтому имеет смысл их переживать, только поэтому их можно пережить.

Реально пережить ситуацию заново – значит увидеть в ней новые возможности.

Психотехника «воздушный шар». Визуализируйте над своей головой спущенный воздушный шар. Сделайте глубокий вдох и на выдохе представляйте, как все ваши проблемы и тревоги, страхи, заботы и разные неприятности наполняют этот шар. Вы полностью освобождаетесь от этих беспокойств, заполняя ими воздушный шар. Затем, сделав еще один глубокий вдох, на выдохе визу-

ализируйте, как воздушный шар уплывает ввысь и исчезает, унося с собой все ваши заботы и проблемы, которые вы в него вложили. Это лучше всего делать перед сном, особенно если проблемы мешают вам спать.

Метод самовнушения Г. А. Шичко, который установил, что слово, которое человек пишет рукой перед сном, по силе воздействия на подсознание в 100 раз превосходит слово увиденное, сказанное или услышанное.

Психотехника выполняется следующим образом. Перед сном на листе бумаги ручкой напишите формулу внушения (можно написать ее несколько раз). Прочитайте ее несколько раз. Затем лягте в кровать и, проговаривая формулу внушения, засыпайте.

Применение сна. Нужно записать свои предложения для самовнушения на диктофон или на мобильный телефон. Затем поставьте запись на повтор, чтобы она постоянно проигрывалась, пока вы спите. Запись должна быть сделана уверенным, но мягким голосом.

В отличие от других методов, обращение исходит от второго лица. Например, вместо того чтобы говорить «Я – смелый человек», нужно сказать «Ты – смелый человек».

Каждую строку следует повторять по 10 раз, прежде чем переходить к следующему предложению. В результате должна получиться 30-минутная запись.

Затем, засыпая, необходимо слушать запись. Спустя 10–15 дней можно переходить к следующему утверждению.

Уважаемые коллеги! Самовнушение – это не волшебная палочка, позволяющая достигать чего угодно, а способ повысить свои шансы стать лучше. Мыслите всегда позитивно, прикладывайте усилия к реализации ваших планов – и все ваши хорошие желания станут реальностью.