



**Белорусское Общество
Красного Креста**

Проект «Укрепление Службы сестер милосердия БОКК»



ОСНОВЫ УХОДА НА ДОМУ

**Пособие для волонтеров
Службы сестер милосердия**



БЕЛСЭНС

**МИНСК
2011**

УДК [647.258:614.885]:[612.67+613.98+614.88+616-053.9+616-083+649.8](083.132)(476)
ББК 51.1(2)6:[28.703+28.707.3+51.204.9+51.230+52.5+53.5](4Бей)
О75

О75 **Основы ухода на дому. Пособие для волонтеров Службы сестер милосердия** / Белорусское Общество Красного Креста. – Минск : Белсэнс, 2011. – 125 с. : ил.

ISBN 978-985-6946-40-3

Пособие содержит информацию по основам ухода на дому за пожилыми людьми и инвалидами, нуждающимися в услугах индивидуального ухода, хозяйственно-бытовой и социальной помощи. Представляет опыт Службы сестер милосердия Белорусского Общества Красного Креста по работе с волонтерами разных групп.

Предназначено для волонтеров Службы сестер милосердия БОКК, а также других общественных организаций, оказывающих помощь уязвимым категориям граждан. Может быть полезным для социальных работников и родственников пациентов, нуждающихся в посторонней помощи и уходе на дому.

УДК [647.258:614.885]:[612.67+613.98+616-053.9+616-083+649.8](083.132)(476)
ББК 51.1(2)6:[28.703+28.707.3+51.204.9+51.230+52.5+53.5](4Бей)

Составители:

Анацко С.Н., Вайнилович Е.Г., Матусевич Ю.В., Русинович Е.И., Хаткевич Д.Я.

Издание подготовлено и выпущено в свет в рамках реализации проекта «Укрепление Службы сестер милосердия Белорусского Общества Красного Креста», осуществляемого при финансовой поддержке Консорциума Швейцарского и Германского Красного Креста.



ISBN 978-985-6946-40-3

© Белорусское Общество Красного Креста, 2011
© Оформление. ООО «Белсэнс», 2011

Содержание

ГЛАВА 1. Общие вопросы	4
1.1. История и принципы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца	4
1.2. История и организационная структура Белорусского Общества Красного Креста и Службы сестер милосердия БОКК	6
1.3. Роль волонтеров в уходе на дому и правовые основы работы волонтеров	9
ГЛАВА 2. Основы оказания первой помощи	12
ГЛАВА 3. Основные подходы к организации помощи на дому	35
3.1. Общие вопросы оказания медико-социальной помощи и принципы ухода за подопечными на дому	35
3.2. Особенности пациентов целевой группы (пожилых людей и инвалидов)	38
3.3. Психология общения и взаимодействие с подопечными и их родственниками	43
3.4. Основы безопасности при осуществлении ухода на дому	48
3.5. Взаимодействие волонтеров с медсестрой милосердия при уходе за подопечными на дому	56
ГЛАВА 4. Оказание услуг индивидуального ухода на дому	57
4.1. Наблюдение за подопечными при уходе на дому	57
4.2. Гигиенические процедуры при осуществлении индивидуального ухода на дому	63
4.3. Профилактика пролежней у подопечных при уходе на дому	70
4.4. Принципы перемещения подопечных при уходе на дому, концепции кинестетики	72
4.5. Оказание помощи подопечным для поддержания нормального режима выделения продуктов жизнедеятельности организма	82
4.6. Особенности ухода за подопечными с нарушениями зрения и слуха	85
4.7. Особенности ухода на дому за пациентами со специфическими заболеваниями	87
4.8. Особенности оказания паллиативной помощи на дому	98
ГЛАВА 5. Оказание хозяйственно-бытовых и социальных услуг на дому	102
5.1. Оказание хозяйственно-бытовой помощи на дому	102
5.2. Принципы здорового питания и помощь подопечным в приготовлении пищи	108
5.3. Оказание социальных услуг на дому	112
5.4. Оказание помощи медсестре милосердия в ЦМСП	113
5.5. Участие волонтеров в фандрейзинге ССМ БОКК	114
Список литературы	116
Приложения:	
Форма. Анкета волонтера БОКК	117
Форма. Анкета нуждающегося в помощи волонтера БОКК	119
Форма. Соглашение об оказании волонтерских услуг нуждающемуся лицу	120
Форма. Дневник учета работы волонтера ССМ БОКК	122
Образец удостоверения волонтера ССМ БОКК	124
Список набора волонтера ССС для оказания помощи на дому	125

ГЛАВА 1. Общие вопросы

1.1. История и принципы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца

Анри Дюнан – основатель движения Красного Креста и Красного Полумесяца

24 июня 1859 г. австрийская и французская армии столкнулись неподалеку от местечка Сольферино. После 15-часового сражения на поле боя остались лежать 40 тысяч убитых и раненых солдат.

В этот день, по делам, не имеющим отношения к сражению, близ Сольферино оказался молодой швейцарец Анри Дюнан. Будучи бизнесменом, дела которого пришли в упадок, Дюнан направлялся в Сольферино в поисках французского императора, намереваясь получить у него случайную аудиенцию. Вместо этого перед взором Дюнана предстали последствия сражения. Вот отрывок из его воспоминаний:

«Тишину ночи нарушали стоны, сдавленные вздохи отчаяния и страданий. Раздирающие сердце голоса зывали о помощи. Когда взошло солнце, взору открылось поле битвы, усыпанное человеческими телами и трупами лошадей. Несчастные раненые были ужасно бледными и измученными. Те, чьи раны уже стали загнивать, почти обезумели от страданий. Они молили избавить их от такого существования. Все острее ощущался недостаток воды».

Блуждая среди раненых солдат, Дюнан не увидел ни одного человека, который оказывал бы помощь несчастным. Тогда он решает организовать отряд местных женщин, который будет доставлять пищу и воду раненым. Вместе они промывают раны. Дюнан решает организовать полевой госпиталь: он собирает простыни для бинтов, на свои сбережения покупает пищу и медикаменты.

Но рук для оказания помощи не хватает. Дюнан привлекает для работы не только местных жителей, но и оказавшихся в Сольферино туристов, журналиста, священника, торговца. Вскоре все они под руководством Дюнана перевязывают раны, носят воду, пишут прощальные письма семьям умирающих. В своих воспоминаниях Дюнан пишет, что *«в этот момент они забыли о национальности тех, кому нужна помощь, они чувствовали себя братьями "tutti fratelli"».*

Дюнан склонился над умирающим двадцатилетним капралом, который сказал Дюнану со слезами на глазах: *«Если бы вы могли написать моему отцу, чтобы он утешил мать».* Дюнан не отказал в просьбе. Написанное им письмо было единственной весточкой от умирающего сына к родителям.

Поездка Дюнана потерпела полный провал в деловом отношении: встреча с императором в тот день не состоялась. Но он напишет книгу «Воспоминание о Сольферино», в которой опишет увиденное и внесет предложения, реализация которых потрясет мир:

«Необходимо в мирное время основать общества, которые во время войны будут оказывать помощь раненым и организовывать уход за ними; а работу эту будут выполнять преданные и тщательно подготовленные добровольцы».

В результате выхода книги в свет был создан Комитет по оказанию помощи раненым во время войны, который позже преобразуется в Международный Комитет Красного Креста, а во всем мире стали создаваться общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

Анри Дюнан родился 8 мая 1828 г., и в его честь был учрежден Международный день Красного Креста и Красного Полумесяца, который отмечают во всем мире ежегодно 8 мая.

Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца состоит из трех компонентов:

- Международного Комитета Красного Креста (МККК);
- Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК и КП);
- Национальных обществ Красного Креста или Красного Полумесяца.



Международный Комитет Красного Креста является беспристрастной, нейтральной и независимой организацией, чьи исключительно гуманитарные цели и задачи заключаются в том, чтобы защищать жизнь и достоинство жертв войны и насилия внутри страны и предоставлять им помощь. Комитет возглавляет и координирует международную деятельность по предоставлению помощи, осуществляемую Движением в ситуациях конфликта. МККК стремится к тому, чтобы предотвращать страдания людей посредством утверждения гуманитарного права, универсальных гуманитарных принципов и распространения знаний о них. МККК был учрежден в 1863 г. и стал основателем Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца.

<http://www.icrc.org>



Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, учрежденная в 1919 г., возглавляет и координирует международную помощь при катастрофах, оказываемую Движением, выступает в качестве официального представителя обществ-членов на международной арене, развивает сотрудничество между НО и содействует повышению их готовности к действиям в чрезвычайных ситуациях, выполнению социальных и медицинских программ.

<http://www.ifrc.org>



Национальные общества Красного Креста или Красного Полумесяца наполняют конкретным содержанием и воплощают на практике работу и принципы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. Национальные общества действуют только в границах своего государства и выступают в качестве помощника государственных властей своих стран в гуманитарной сфере, предоставляя услуги, включающие оказание помощи в чрезвычайных ситуациях, осуществление медицинских и социальных программ. Во время войны они помогают затрагиваемому ею гражданскому населению и, при необходимости, оказывают поддержку военно-медицинской службе.

<http://www.ifrc.org/address/directory.asp>

1.2. История и организационная структура Белорусского Общества Красного Креста и Службы сестер милосердия БОКК

На территории Беларуси краснокрестная деятельность начиналась в рамках Российского общества попечения о раненых и больных воинах, созданного в 1867 г. и переименованного в 1879 г. в Российское общество Красного Креста (РОКК). Первое общество Красного Креста в Беларуси было создано в 1868 г. на Гродненщине.

26 марта 1872 г. было создано Минское местное управление Российского общества попечения о раненых и больных воинах. В Витебске Общество попечения о раненых и больных воинах было открыто 1 июля 1876 г. В 1877–1878 гг. появляются сведения о Могилевском и Виленском местных управлениях Российского общества попечения о раненых и больных воинах.

К 1877 г. на территории Беларуси было 5 местных управлений, 30 крепостных (в т. ч. в Бобруйске, Лиде и Брест-Литовске) и уездных комитетов, объединяющих в своих рядах 3 021 члена, из которых 1 436 – в Гродненском местном управлении.

На территории Республики Беларусь (ранее БССР) Белорусское Общество Красного Креста (БОКК) было создано 6 июня 1921 г.

До 1992 г. БОКК входило в состав Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР.

С 1992 г. БОКК действует как самостоятельное национальное общество Красного Креста.

В 1995 г. БОКК принято в члены Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и официально является членом Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца.

В 2000 г. был принят Закон Республики Беларусь «О Белорусском Обществе Красного Креста».

Основные направления деятельности Белорусского Общества Красного Креста:

1. Распространение основополагающих принципов движения Красного Креста и гуманитарных ценностей.
2. Подготовка к чрезвычайными ситуациям и реагирование на чрезвычайные ситуации.
3. Охрана здоровья и уход на дому.
4. Укрепление потенциала организации.
5. Осуществление гуманитарных и социальных программ.

Белорусское Общество Красного Креста в цифрах (по итогам 2010 г.):

- 7 840 первичных организаций;
- 161 районных/городских/узловых организаций;
- 6 областных, Минская городская и Дорожная организации;
- 1 119 688 членов БОКК, из них 274 939 – молодежь;
- 115 сестер милосердия, 1 189 волонтеров центров медико-социальной помощи;
- волонтеры: около 18 000, из них свыше 80 % – молодежь;
- 282 штатных сотрудника.

Распространение основополагающих принципов Движения и гуманитарных ценностей является одним из основных видов деятельности Красного Креста.

Важно, чтобы как можно больше людей разделяли и соблюдали эти принципы, которые делают мир лучше.

Гуманность

Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца, порожденное стремлением оказывать помощь всем раненым на поле боя без исключения или предпочтения, старается при любых обстоятельствах, как на международном, так и на национальном уровне, предотвращать или облегчать страдания человека. Движение призвано защищать жизнь и здоровье людей и обеспечивать уважение к человеческой личности. Оно способствует достижению взаимопонимания, дружбы, сотрудничества и прочного мира между народами.

Беспристрастность

Движение не проводит никакой дискриминации по признаку национальности, религии, класса или политических убеждений. Оно лишь стремится облегчать страдания людей и, в первую очередь, тех, кто больше всего в этом нуждается.

Нейтральность

Чтобы сохранить всеобщее доверие, Движение не может принимать чью-либо сторону в вооруженных конфликтах и вступать в споры политического, расового, религиозного или идеологического характера.

Независимость

Движение независимо. Национальные общества, оказывая своим правительствам помощь в их гуманитарной деятельности и подчиняясь законам своей страны, должны, тем не менее, всегда сохранять автономию, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с принципами Красного Креста.

Добровольность

В своей добровольной деятельности по оказанию помощи Движение ни в коей мере не руководствуется стремлением к получению выгоды.

Единство

В стране может быть только одно Национальное общество Красного Креста или Красного Полумесяца. Оно должно быть открыто для всех и осуществлять свою гуманитарную деятельность на всей территории страны.

Универсальность

Движение является всемирным. Все национальные общества пользуются равными правами и обязаны оказывать помощь друг другу.

Служба сестер милосердия БОКК

Деятельность сестер милосердия на территории Беларуси уходит своими корнями в XVII–XIX вв. Сестры милосердия традиционно оказывали помощь в больницах, ухаживали за тяжелобольными на дому, работали в очагах инфекций, вначале действуя при женских монастырях и самостоятельных общинах сестер милосердия, затем с конца XIX в. – в общинах сестер милосердия местных управлений Российского общества Красного Креста в Витебске, Могилеве, Гродно, Минске, а с 1921 г. – в рамках созданного Белорусского Общества Красного Креста. Белорусское Общество Красного Креста наряду с другой деятельностью проводило подготовку медсестер запаса и переподготовку врачей. В 1927 г. на базе Общества была открыта Минская 3-годичная школа медсестер на 80 мест, которая была передана государству в 1930 г.

В знак признания подвигов медицинских сестер милосердия во время Великой Отечественной войны Международный Комитет Красного Креста наградил 6 медицинских сестер Белорусского общества Красного Креста медалью Флоренс Найтингейл: З.М. Туснолобову-Марченко, Е.М. Шевченко, Е.Е. Сиренко, С.В. Голухову, С.А. Кунцевич, М.А. Гарачук. Медаль имени Флоренс Найтингейл является самой престижной международной наградой медицинских сестер и выступает символом международного гуманизма, милосердия и профессионализма.



Близнюк Нина Николаевна
медицинская сестра милосердия
Минской городской организации БОКК

Однако и в мирное время деятельность Службы сестер милосердия БОКК находит признание не только в Республике Беларусь, но и во всем мире. Так, за беззаветное служение прикованным к постели одиноким пожилым людям и инвалидам две медсестры милосердия БОКК были удостоены медали имени Флоренс Найтингейл в настоящее время.

В 2009 г. этой медалью была награждена Нина Николаевна Близнюк – медицинская сестра милосердия Минской городской организации Белорусского Общества Красного Креста, а в 2011 г. Леликова Людмила Ивановна – медицинская сестра милосердия Могилевской городской организации Белорусского Общества Красного Креста.

Медицинские сестры милосердия БОКК сейчас – это специалисты с медицинским образованием, постоянно повышающие свой профессиональный уровень, их деятельность важна и востребованна современным обществом.

Медицинские сестры милосердия оказывают комплексную медико-социальную помощь, которая включает:

- медицинскую помощь, которая занимает основную позицию в структуре помощи на дому (около 50–60 %);
- помощь по индивидуальному повседневному уходу (около 30 %);
- хозяйственно-бытовую помощь (около 6 %);
- социальную помощь (около 14 %).

Волонтеры могут улучшить эффективность работы медсестры милосердия, помогая оказывать хозяйственно-бытовую и социальную помощь, а также некоторые элементы индивидуального ухода после дополнительного обучения. Тогда медсестра сможет уделить больше времени профессиональной медицинской помощи и оказать помощь большему числу нуждающихся людей.



Леликова Людмила Ивановна
медицинская сестра милосердия
Ленинской РО Могилевской
городской организации БОКК

1.3. Роль волонтеров в уходе на дому и правовые основы работы волонтеров

Волонтерство сегодня – это мощное общественное движение, которое активно развивается во всех странах мира, в том числе и в Республике Беларусь, и охватывает разнообразные сферы и направления общественной деятельности.

Волонтер (от фр. *volontaire* – от лат. *voluntarius* ‘доброволец’, ‘поступающий по собственной воле’) – это человек, безвозмездно отдающий свое время, силы, любовь и доброту нуждающимся людям.

История не помнит такого общества, которому были бы чужды идеи добровольной и бескорыстной помощи. Добровольная помощь, оказываемая человеком или группой людей обществу в целом или отдельным людям, основана на идеях бескорыстного служения гуманным идеалам человечества и не преследует целей извлечения прибыли, получения оплаты или карьерного роста. Она может принимать различные формы: от традиционных видов взаимопомощи до совместных усилий тысяч людей, направленных на преодоление последствий стихийного бедствия, урегулирование конфликтных ситуаций, искоренение бедности. Понятие добровольной помощи включает в себя действия, предпринимаемые на местном, общенациональном и международном уровнях.

В 2010 г. были опубликованы данные исследования волонтерского движения в 27 странах Европейского Союза [27]. Согласно этому исследованию, около 92–94 млн человек вовлечены в разные виды добровольческой деятельности в Европе, составляя 22–23 % взрослого населения старше 15 лет. Однако наблюдаются значительные различия между странами по степени вовлечения населения в волонтерское движение. Так, к странам с очень высокой активностью относятся Австрия, Нидерланды, Швеция и Великобритания, где около 40 % взрослого населения участвуют в добровольческой деятельности, а к странам с низкой активностью относятся Болгария, Греция, Италия и Литва, где этот уровень составил около 10 %. Почти во всех странах отмечается тенденция к увеличению количества волонтеров, что связано с постоянным ростом социальных проблем и проблем окружающей среды, развитием общественных инициатив, направленных на привлечение волонтеров, и особенно пожилых людей, увеличением количества организаций, занимающихся волонтерской деятельностью и др. Волонтеры участвуют в разнообразных видах деятельности: в сфере социальной помощи и поддержания здоровья населения, в деятельности религиозных организаций, в области культуры, обеспечения досуга, в образовательных и спортивных мероприятиях и т. д.

Признавая важность волонтерского движения для обеспечения социальных, культурных и других потребностей общества, 2011 г. был объявлен Европейским годом волонтерской деятельности.

Последние годы в Беларуси также происходит активное развитие волонтерского движения – в добровольческое движение с каждым годом вливается все больше людей. Приоритетным направлением в Беларуси является привлечение волонтеров к помощи наиболее нуждающимся слоям населения – больным людям и инвалидам, ветеранам Великой Отечественной войны, одиноко проживающим пожилым людям, семьям, воспитывающим детей-инвалидов, и осуществление помощи данным категориям людей на дому, в медицинских и социальных учреждениях.

Во всем мире организации, которые оказывают уход на дому, уделяют большое внимание сотрудничеству с волонтерами, а также родственниками и соседями нуждающихся людей, поскольку процесс старения населения обуславливает рост числа одиноких и одиноко проживающих пожилых людей и приводит к значительной нагрузке на медицинскую и социальную службы. Даже в развитых странах поднимается вопрос о том, что ни у здравоохранения, ни у социальной службы не хватает ресурсов для обеспечения качественного ухода за одинокими пожилыми людьми и инвалидами.

В Беларуси также наблюдается процесс старения населения. В соответствии с классификацией ООН, население страны считается старым, если доля людей в возрасте старше 65 лет составляет 7 %. На начало 2011 г. в нашей стране доля этой возрастной категории населения достигла 13,8 %, а в структуре сельского населения почти 23 %. Считается, что тенденция сокращения роста лиц трудоспособного возраста сохранится в Беларуси не менее 15–20 лет, причем темпы ее увеличатся. Кроме того, в ближайшие годы начнет уменьшаться не только численность, но и доля населения в трудоспособном возрасте.

По состоянию на 1 января 2010 г. в Беларуси насчитывалось около 2,5 млн пенсионеров (порядка 25 % от всего населения).

Старение населения проявляется на фоне увеличения средней продолжительности жизни, что обуславливает рост численности одиноких и одиноко проживающих граждан. На 1 января 2010 г. по данным Министерства труда и социальной защиты в Беларуси насчитывалось 156 515 одиноких и 577 755 одиноко проживающих граждан пожилого возраста, что составляет около 42 % лиц 60 лет и старше. Значительная доля одиноких и одиноко проживающих граждан отмечается и среди инвалидов, численность которых по данным органов по труду, занятости и социальной защите на 1 мая 2010 г. составила 503 747 человек. В постороннем уходе нуждается 17 % одиноких и 6,3 % одиноко проживающих граждан пожилого возраста.

Данные процессы диктуют необходимость мобилизации всех сил государственных органов власти и местных сообществ для помощи нуждающимся гражданам. Поэтому волонтеры выступают в качестве надежных помощников профессионалов в сфере ухода на дому и повышают эффективность служб, оказывающих медико-социальную помощь на дому.

БОКК является лидером по развитию волонтерского движения в Беларуси. В декабре 2007 г. Президиумом БОКК была утверждена Волонтерская политика БОКК. В этом документе подчеркивается, что БОКК при осуществлении своей деятельности рассматривает волонтеров в качестве одного из основных источников человеческих ресурсов и потенциала для усовершенствования и развития форм и методов деятельности организации для более успешного достижения ее миссии и укрепления местных сообществ. БОКК строит взаимоотношения с волонтерами на принципах: равноправия, взаимовыгодного сотрудничества, принятия (работа волонтеров приветствуется и поддерживается всеми сотрудниками организации), уважения, добровольности и доверия. БОКК рассматривает работу с волонтерами как составную часть функциональных обязанностей всех сотрудников, поощряет личный вклад сотрудников в деятельность организации в качестве волонтеров. БОКК признает вклад различных категорий волонтеров (например, молодежи, пожилых людей, волонтеров из уязвимых групп и др.) и необходимость оказания им соответствующей поддержки для реализации их потенциала в качестве волонтеров.

Служба сестер милосердия (ССМ) БОКК также имеет опыт большой работы с волонтерами.

Волонтер ССМ БОКК – это человек, который добровольно и безвозмездно на регулярной или периодической основе помогает сотрудникам Службы сестер милосердия оказывать медико-социальную помощь нуждающимся гражданам.

Вопросы привлечения волонтеров для помощи сотрудникам ССМ БОКК отражены в основном документе ССМ – новом Положении о Службе сестер милосердия БОКК от 22.10.2009 г. в главе 8:

Глава 8. Участие волонтеров БОКК в работе ССМ БОКК

59. Волонтеры БОКК могут привлекаться в помощь персоналу ССМ БОКК с целью оказания МСП большому количеству нуждающихся и повышения качества МСП.

60. Организация работы волонтеров, а также взаимоотношения персонала ССМ БОКК и волонтеров строятся в соответствии с Волонтерской политикой БОКК, а также другими локальными нормативными правовыми актами БОКК, регулирующими деятельность волонтеров.

61. Волонтеры БОКК осуществляют отдельные поручения по хозяйственно-бытовой, социальной помощи и индивидуальному уходу за подопечными под наблюдением и руководством сестринского персонала ССМ БОКК в соответствии с Перечнем видов деятельности по медико-социальной помощи ССМ БОКК (см. Приложение).

На основании накопленного опыта работы с волонтерами в БОКК и ССМ БОКК были выделены основные группы волонтеров, работа с которыми имеет свои особенности.

Основные группы волонтеров:

- 1. Волонтеры – студенты и учащиеся, участники отрядов милосердия.** К положительным сторонам работы с молодыми волонтерами относятся: многочисленность данной группы волонтеров, они могут обеспечивать помощь большому количеству людей на дому, оказывают помощь общественным организациям при проведении разнообразных акций и при работе с молодежью в трудных ситуациях. Молодые волонтеры посещают подопечных в основном вместе с медсестрой милосердия, оказывая хозяйственно-бытовую помощь (уборка в доме, походы в магазин, сопровождение в поликлинику) и социальную помощь (беседы, написание писем, чтение книг, подготовка концертов и поздравлений), в то время как медсестра милосердия проводит медицинские манипуляции. Надо отметить, что отдельные элементы индивидуального ухода за нуждающимися могут оказывать учащиеся медицинских учебных учреждений, но только после обучения и под контролем медсестры.
С другой стороны, надо учитывать, что молодые люди не часто становятся постоянными волонтерами для оказания регулярной помощи нуждающимся, помощь оказывается чаще в виде однократных акций, приуроченных ко Дню Победы, Дню пожилых людей и т. д. Только небольшая группа волонтеров из молодежи может оказывать регулярную помощь на дому, например, посещая их 1 раз в неделю, кроме того отмечается периодичность работы – активность их работы снижается во время сессии и каникул. Также пожилые люди не всегда доверяют молодым волонтерам, а молодые волонтеры испытывают психологические затруднения при общении с пожилыми и инвалидами.
- 2. Работающие волонтеры** оказывают в основном хозяйственно-бытовую и социальную помощь, а после обучения также некоторые услуги индивидуального ухода. Они могут помогать только в определенные часы вне работы (в вечернее время и по выходным дням) и обычно в районе проживания, посещая подопечных как вместе с медсестрой милосердия, так и самостоятельно по предварительному согласованию с подопечным и медсестрой милосердия. Однако по семейным или служебным обстоятельствам работающие волонтеры не всегда могут оказывать регулярную помощь медсестре милосердия, часто наблюдается текучесть волонтеров этой группы.
- 3. Волонтеры-пенсионеры** являются самой устойчивой группой волонтеров, длительно сотрудничающей с ССМ. Они могут посещать подопечных в любое время как вместе с медсестрой милосердия, так и самостоятельно, и оказывают хозяйственно-бытовую и социальную помощь, а после обучения также некоторые услуги индивидуального ухода. Пенсионеры-волонтеры чувствуют свою нужность обществу и востребованность своего опыта, умеют наладить контакт с нуждающимся человеком. Подопечные медсестры милосердия лучше доверяют пенсионерам-волонтерам. Однако надо учитывать возможные проблемы со здоровьем у самих волонтеров этой группы, частое снижение активности в работе в летнее время, связанное с сезонными работами на приусадебных участках.
- 4. Отдельно можно выделить волонтеров-медработников** (студенты-медики, врачи и медсестры, работающие и на пенсии). Они могут оказывать помощь по индивидуальному уходу за подопечными на дому. Однако надо учитывать, что волонтеры, даже медики, не могут выполнять медицинские услуги на дому.

Надо отметить, что не каждый желающий может стать волонтером ССМ, поэтому сотрудники ССМ БОКК должны обладать знаниями и опытом, чтобы правильно оценить возможности человека и доверить ему работу с уязвимыми людьми. С другой стороны, волонтерам ССМ необходимо обучение основам ухода на дому и постоянный контроль со стороны сотрудников ССМ, чтобы оказывать качественную помощь нуждающимся. Волонтер, который работает с подопечными ССМ, должен уважать их права и соблюдать Кодекс этики БОКК. Таким образом, необходима четкая организационно-методическая поддержка работы с волонтерами в ССМ.

В рамках деятельности проекта «Укрепление Службы сестер милосердия БОКК», который реализуется в Беларуси с 2006 г. при поддержке Консорциума Австрийского, Немецкого и Швейцарского Красного Креста, были разработаны модели работы с волонтерами разных групп, подготовлена документация и формы отчетности по работе волонтеров ССМ БОКК.

ГЛАВА 2. Основы оказания первой помощи

Первая помощь – это оперативная помощь пострадавшему при получении травмы или внезапном приступе заболевания, которая оказывается до тех пор, пока, при необходимости, не будет возможно получение более квалифицированного медицинского содействия.

Оказание первой помощи действительно может стать принципиальным в вопросе жизни и смерти пострадавшего. Зачастую своевременно предоставленная первая помощь определяет, выздоровеет ли пострадавший полностью или станет на всю жизнь инвалидом.

Препятствия к оказанию первой помощи

Даже если имеют место все перечисленные аспекты, все равно порой, оказавшись в чрезвычайной ситуации, у людей не возникает желания что-либо предпринять. Существует пять наиболее распространенных причин, объясняющих пассивность окружающих:

- 1. Присутствие посторонних.** Присутствие других людей на месте происшествия может вызвать общее замешательство, но не стоит предполагать, что раз собралась толпа, то кто-то уже оказывает помощь. Вы всегда можете предложить свое содействие.
- 2. Неуверенность в отношении к пострадавшему.** Человек, нуждающийся в помощи, может оказаться значительно старше или моложе вас, принадлежать к противоположному полу или расе. Постарайтесь оставить ваши сомнения, кем бы пострадавший не был. Если поведение человека оскорбительно по причине стресса или опьянения, не обращайтесь на это внимание. Даже если вы не в состоянии оказать первую помощь непосредственно, вы можете вызвать скорую помощь и постараться сделать так, чтобы толпа не мешала оказывать помощь пострадавшему.
- 3. Характер травмы или заболевания.** Травма или заболевание может вызывать очень неприятные ощущения из-за присутствия крови, рвотных масс, отталкивающих запахов, ран и ожогов. Помните, что состояние пострадавшего критическое, и вы в состоянии спасти его жизнь. Постарайтесь относиться к пострадавшему так же, как вы хотели бы, чтобы относились к вам, случись с вами подобное несчастье.
- 4. Опасение сделать что-то неправильно.** В условиях экстренной ситуации вы можете испытать страх допустить ошибку и тем самым навредить пострадавшему. Если вы не уверены в своих действиях, вызовите скорую помощь, после чего постарайтесь сделать все зависящее от вас. Если вы начали оказывать пострадавшему помощь, не прерывайте свои действия до прибытия скорой. Если вы сделали все правильно, вам не следует беспокоиться по поводу правовых вопросов.
- 5. Опасение заразиться.** При неотложных ситуациях вы всегда должны принимать меры к тому, чтобы оградить себя от инфекции, которая может проникнуть через любые порезы или ранки на вашей коже. Всегда принимайте меры предосторожности при контакте с выделениями организма пострадавшего при оказании ему первой помощи (надевайте перчатки, мойте руки, при проведении искусственной вентиляции легких используйте салфетку).

Правовой аспект

Иногда людей беспокоит вопрос юридической ответственности, связанный с оказанием первой помощи. В своих действиях следует, прежде всего, руководствоваться здравым смыслом.

- чтобы помочь пострадавшему, надо получить его согласие;
- объясните, что вы прошли курс «Первая помощь» и хотите помочь;
- если пострадавший отказывается от вашего вмешательства, не надо настаивать;
- попытайтесь объяснить ему, какие возможны последствия;
- если состояние пострадавшего угрожает его жизни, вызывайте скорую помощь;
- если пострадавший без сознания, можно оказывать первую помощь, не спрашивая его разрешения;
- если пострадавший ребенок и находится один, вы можете принять решение за него;
- если пострадавший ребенок и присутствуют родители, получите их разрешение.

Не пытайтесь делать то, что выходит за рамки пройденного курса обучения. От вас не требуется творить чудеса или подвергать собственную жизнь опасности. Пользуйтесь приобретенными навыками, проявляйте заботу и осторожность

Далее с согласия отдела образования представительства Красного Креста Бельгии во Фландрии (Мотстраат, 40, 2800 Мехелен, Бельгия) приводятся материалы разработанного им

Европейского руководства по оказанию первой помощи

(адаптированный перевод: Белорусское Общество Красного Креста).

Руководство на русском языке издано при финансовой поддержке Французского Красного Креста.



EFAM
EuropeanFirstAidManual

www.redcross.by

Введение

Несчастные случаи, травмы и болезни могут случиться внезапно. Оперативность оказания помощи часто зависит от членов семьи, коллег или прохожих. В подобных ситуациях любой человек, обладающий необходимыми знаниями, сможет оказать первую помощь. И, конечно, не стоит забывать о предупреждении несчастных случаев.

Однако для того чтобы действительно помочь пострадавшему, важно оказать ему первую помощь правильно. Неверное оказание первой помощи не только не принесет никакой пользы, но и может причинить вред пострадавшему. Именно поэтому Европейское руководство по оказанию первой помощи основано на новейших научных рекомендациях по первой помощи и одобрено специалистами. Данные рекомендации содержат лучшие методики и современный опыт оказания первой помощи.

В данном руководстве отражены методы оказания первой помощи в угрожающих жизни ситуациях и при наиболее часто встречающихся несчастных случаях. С помощью этого руководства вы узнаете, как шаг за шагом оказывать помощь человеку в беде. Для этого разделы начинаются с вопросов «Что вы видите?» и «Что вам нужно сделать?». Методы оказания первой помощи приведены в оранжевых табличках и проиллюстрированы высококачественными фотографиями.

Чтобы подготовиться к оказанию первой помощи в неотложных ситуациях, необходимо пройти тренинги по первой помощи, а для поддержания уровня знаний и навыков – посещать курсы повышения квалификации по первой помощи. Данное руководство не заменяет собой практического обучения.

Практика оказания первой помощи не стоит на месте. По мере того, как появляется новая информация, данное руководство будет необходимо перерабатывать.

Для удобства в данном руководстве будет использоваться местоимение мужского рода «он». Но следует отметить, что в любом случае использования местоимения «он», имеется в виду «он» или «она» во избежание дискриминации по гендерному признаку.

Глава 1: Ключевые правила

Предотвращение стресса в неотложной ситуации

Испытывать стресс при необходимости оказания первой помощи – вполне естественно. Главное – не дать ему навредить вам. А для этого нужно уметь вовремя распознать признаки нервного напряжения и принять меры. Поэтому перед тем, как оказывать первую помощь, постарайтесь обрести контроль над своими эмоциями. Для этого взгляните на ситуацию со стороны и успокойтесь. Не суетитесь и ни при каких обстоятельствах не ставьте под угрозу свою собственную безопасность. В следующей главе вы узнаете, как действовать, не подвергая себя опасности.

Психологическая первая помощь

Окажите пострадавшему эмоциональную поддержку. Общайтесь с ним дружелюбно, спокойно, с уверенностью. Ваше настроение передастся пострадавшему.



Деликатно объясните, что с ним произошло, и какую помощь вы собираетесь ему оказать. Попросите его о взаимодействии.

Слушайте пострадавшего и относитесь к нему с сочувствием.

В случае необходимости помогите ему, что-либо подав или оказав иную подобную услугу. Не давайте пострадавшему еды или питья, когда он болен или ранен, если у вас на это нет рекомендации врача.

Избежание инфицирования

В случае открытой раны важно свести к минимуму риск инфицирования при контакте с пострадавшим. Убедитесь, что прямой контакт с кровью или иными жидкостями организма отсутствует.



Если это возможно, перед оказанием первой помощи и после нее вымойте руки водой с жидким мылом.



Если у вас есть одноразовые перчатки – воспользуйтесь ими, если нет – для защиты ваших рук возьмите полиэтиленовый пакет.

Будьте осторожны при обращении с острыми предметами и убирайте их таким образом, чтобы они не причинили опасность.

Риск инфицирования спасателя при выполнении искусственной вентиляции легких не высок. Случаи, когда оказывающие первую помощь заболели после попытки реанимировать пострадавшего человека, являются редкими.

Эмоциональная реакция после оказания первой помощи

Не всегда легко справиться со своими эмоциями. Нередки случаи, когда люди, оказавшие первую помощь, впоследствии тяжело переживают это событие.

В таких случаях поговорите со своими друзьями, членами семьи или теми, кто также имеет опыт оказания первой помощи.

Если вас все равно что-то беспокоит, обратитесь за помощью к специалистам.

Четыре принципа первой помощи

Случаи, в которых необходимо оказать первую помощь, различны, но каждому человеку, оказывающему первую помощь, крайне важно следовать четырем принципам первой помощи. Эти принципы помогут вам правильно оценить ситуацию и должным образом оказать первую помощь, не упуская ни одного важного момента.

Четыре принципа первой помощи:

1. Осмотр места происшествия.
2. Первичный осмотр пострадавшего.
3. Вызов скорой медицинской помощи.
4. Оказание первой помощи.

ОСМОТР МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

Вашей первой задачей в сложившейся ситуации является обеспечение безопасности. Постарайтесь выяснить, что произошло. Оцените ситуацию и убедитесь, есть ли опасность (движение транспорта, пожар, электричество...).

Но ни при каких обстоятельствах не рискуйте своей собственной безопасностью.

Подходите к месту происшествия только в том случае, если вам ничего не угрожает. Если это возможно, постарайтесь обеспечить безопасность пострадавшего и прохожих.

Если ситуация небезопасна, и вы не можете оказать помощь, не подвергая себя опасности, вызовите скорую медицинскую помощь.

На безопасном расстоянии дождитесь прибытия специалистов.

Дорожно-транспортное происшествие

Всегда соблюдайте правила дорожного движения. Они подскажут вам, что вы должны делать по закону в случае дорожно-транспортного происшествия (ДТП).

Подъезжая к месту ДТП, сбавьте скорость, но не тормозите резко. Оставьте свою машину в безопасном месте: на обочине или у бордюра. Наденьте световозвращающий жилет. Установите треугольный отражатель для предупреждения приближающегося транспорта об аварии.



Ни в коем случае не переходите автостраду пешком. Помните о том, что на земле могут быть электрические провода. Проконтролируйте, чтобы до них никто не дотрагивался и не подходил к ним слишком близко. Старайтесь не допустить пожара. Для этого отключите зажигание во всех транспортных средствах, попавших в ДТП.



Не позволяйте никому курить в непосредственной близости от ДТП. Помните, что вовремя не сработавшая подушка безопасности, может сделать это в любой момент. По возможности, зафиксируйте положение транспортных средств при помощи ручного тормоза.

Пожар

Постарайтесь предупредить каждого, кто находится в опасности, но при этом не рискуйте своей собственной безопасностью. Никогда не входите в горящее здание.



Не находитесь в непосредственной близости от пожара и стойте на безопасном расстоянии. Если здание, в котором вы находитесь, загорелось, то немедленно его покиньте. До тех пор, пока вы не подвергаете себя опасности, помогайте другим покинуть здание.



Электротравма

Считайте, что все электрические провода и электроприборы у вас дома находятся в рабочем состоянии до того, пока вы не убедитесь, что они отключены. Не дотрагивайтесь до пострадавшего до тех пор, пока он находится в контакте с источником питания.



Помните, что жидкость и предметы, вступившие в контакт с пострадавшим, также могут проводить электричество. Отключите все приборы от электросети.



Встаньте на непроводящий материал, тем самым изолировав себя от пола. Затем, используя непроводящий ток предмет, оттолкните источник питания от пострадавшего.

Если выполнить это невозможно, дождитесь прибытия пожарной бригады или других специалистов.

Экстренное перемещение пострадавшего

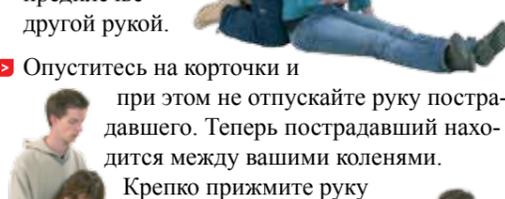
Как правило, вам не следует перемещать пострадавшего с места происшествия. Перемещение возможно только в том случае, если пострадавший в состоянии неконтролируемого гнева, если вы не уверены в его безопасности или вы можете переместить его, не подвергая себя опасности. При необходимости переместите пострадавшего в ближайшее безопасное место.



Если пострадавший в сознании, объясните ему, что вы собираетесь делать, и попросите его о взаимодействии.

Если это возможно, в процессе перемещения поддерживайте шею пострадавшего. Поворачивайте голову, шею и тело пострадавшего как можно меньше. Постарайтесь следовать указанным рекомендациям, но имейте в виду, что иногда первой необходимостью может быть быстрое перемещение. Постарайтесь защитить пострадавшего от холода и жары, но перемещайте его только в том случае, если он много времени провел в холодном помещении и в результате этого подвергается опасности.

Прием Раутека

- > Положите руки пострадавшего вдоль его тела.
 
 - > Станьте на колени позади его головы. Просуньте одну руку под его шею, а другую – между его лопатками. Осторожно поднимите его голову и плечи, придвиньтесь ближе к нему.
 
 - > Поднимите спину пострадавшего для того, чтобы придать ему сидячее положение. Поддерживайте его за плечи.
 
 - > Просуньте обе руки под мышки пострадавшего и возьмите его за одно из предплечий. Ухватите за кисть одной рукой и за предплечье другой рукой.
 
 - > Опуститесь на корточки и при этом не отпускайте руку пострадавшего. Теперь пострадавший находится между вашими коленями. Крепко прижмите руку пострадавшего к его груди.
 
 - > Выпрямите свою спину, встаньте и поднимите пострадавшего. Двигайтесь назад, вместе с пострадавшим. Следите за препятствиями позади вас.
 
- Есть также иные приемы для перемещения пострадавшего.

Для защиты пострадавшего от холода накройте его плащом или одеялом.

Для защиты пострадавшего от жары организуйте ему тень с помощью жакета, одеяла или зонта, или станьте/сядьте рядом с ним так, чтобы ваша тень закрывала пострадавшего.

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПОСТРАДАВШЕГО

Представьте и объясните, что вы собираетесь делать, так как это поможет расположить к вам пострадавшего.

Проверьте состояние пострадавшего: в сознании ли он и в норме ли его дыхание. Если пострадавший в бессознательном состоянии или у него отсутствует дыхание, то его жизнь в опасности. Опасность для жизни представляют также сильное кровотечение, ожоги, боль в груди или инсульт.

В таких случаях необходимо незамедлительно оказать первую помощь.

Информация о том, как это сделать, будет представлена в следующей главе.

ВЫЗОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если необходимо, срочно вызовите скорую медицинскую помощь или иную службу в зависимости от характера ситуации.

Чтобы вызвать скорую медицинскую помощь, наберите 103.

В странах Евросоюза наберите 112.

Четко сообщите:

- Что произошло и есть ли еще опасность.
- Куда необходимо прибыть скорой медицинской помощи.
- Кто является пострадавшим лицом, и каково его состояние.

Если вы считаете, что травмы пострадавшего вызваны несчастным случаем, нужно обязательно обратиться за консультацией специалистов.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Постарайтесь оказать первую помощь пострадавшему спокойно, контролируя свое состояние. В следующих главах будут объяснены конкретные действия.

**Глава 3:
Основные
реанимационные
мероприятия**

Прежде всего, обеспечьте свою собственную безопасность, затем безопасность пострадавшего и прохожих.

Проверьте, находится ли пострадавший в сознании и проходимы ли его дыхательные пути.

**ПРОВЕРКА СОЗНАНИЯ**

- Слегка потрясите пострадавшего за плечи.
- Громко спросите пострадавшего: «Вам помочь?»

Пострадавший реагирует (открывает глаза или отвечает)

1. Оставьте пострадавшего в том положении, в котором вы его нашли. Не перемещайте его, если он не находится в опасности.
2. Постарайтесь выяснить, что с ним произошло.
3. В случае необходимости обратитесь за помощью.
4. Постоянно следите за состоянием пострадавшего.

Пострадавший не реагирует

1. Позовите на помощь.
2. Уложите пострадавшего на спину и обеспечьте проходимость его дыхательных путей.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Если пострадавший без сознания, его мышцы находятся в расслабленном состоянии. В этом случае язык создает препятствие проходимости дыхательных путей. Опасность можно предотвратить, если запрокинуть голову назад и поднять подбородок. Таким образом вы сможете обеспечить проходимость дыхательных путей.

Запрокинуть голову назад и поднять подбородок

- Положите свою руку на лоб пострадавшего и аккуратно запрокиньте его голову назад.
- Если необходимо сделать искусственное дыхание, зажмите большим и указательным пальцем ноздри пострадавшего.
- Положите кончики пальцев другой руки под краешек подбородка пострадавшего.
- Поднимите подбородок для освобождения дыхательных путей.
- Не давите на мягкую область под подбородком. Это может затруднить дыхание.

**ПРОВЕРКА НАЛИЧИЯ ДЫХАНИЯ**

Убедитесь, что дыхание пострадавшего в норме, и продолжайте следить за проходимостью дыхательных путей.



- Посмотрите, поднимается и опускается ли грудная клетка.
- У рта пострадавшего вслушайтесь в сопровождающие дыхание звуки.
- Подставив щеку, почувствуйте дыхание.

Для определения дыхания проведите зрительный, слуховой и осязательный контроль не более 10 секунд.

Первые несколько минут после остановки сердца часто создается впечатление, что пострадавший пытается дышать. Может показаться, что он просто редко вдыхает или нерегулярно с шумом ловит воздух.

Тем самым создается впечатление, что дыхание пострадавшего в норме. На самом же деле это последние попытки дышать. Вы не должны путать их с нормальным дыханием.

Если вы не уверены, в норме ли дыхание пострадавшего, то принимайте меры, необходимые при нарушении дыхания.

НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ

Вводная информация

Как только сердце прекращает биться, кровь перестает циркулировать по телу. В результате кислород больше не поступает к жизненно важным органам. Если это продолжается более нескольких минут, клетки мозга начинают отмирать. Соответственно, как только сердце пострадавшего остановилось, необходимо незамедлительно начинать реанимацию.

После реанимации шансы выжить малы. Однако многочисленные исследования показывают, что немедленная реанимация имеет положительный эффект. Шансы пострадавшего выжить увеличиваются в два или три раза, если прохожий в состоянии оказать помощь немедленно.

Реанимация – это сочетание непрямого массажа сердца и искусственного дыхания. Непрямой массаж сердца обеспечивает подачу небольшого, но чрезвычайно важного количества крови к сердцу и мозгу. Искусственное дыхание обеспечивает минимальную подачу кислорода в кровь.

Под термином “реанимация” понимается сердечно-легочная реанимация.

Что вы видите?

Пострадавший без сознания и его дыхание нарушено.

Что вам нужно делать?

1. Попросите кого-нибудь вызвать скорую медицинскую помощь. Если рядом никого нет, сделайте это самостоятельно.
2. Начните реанимацию с 30 надавливаний на грудину.
3. Затем сделайте 2 вдоха в легкие пострадавшего.
4. Поочередно делайте 30 надавливаний на грудину и 2 вдоха в легкие пострадавшего.
5. Не прерывайте реанимацию. Проверьте состояние пострадавшего только после того, как его дыхание нормализуется.
6. Продолжайте реанимацию пока не:
 - > придет скорая медицинская помощь и продолжит реанимацию;
 - > нормализуется дыхание пострадавшего;
 - > устанете.

Проверка ротовой полости

Если после первого вдоха грудная клетка пострадавшего не поднимается, перед вторым вдохом сделайте следующее:

- > Проверьте ротовую полость пострадавшего. Устраните все, что препятствует проходимости дыхательных путей.



- > Убедитесь, что голова запрокинута назад в достаточной степени, и подбородок поднят должным образом.

Каждый раз перед тем, как снова вернуться к непрямому массажу сердца, делайте не более 2-х вдохов.

Непрямой массаж сердца

- > Станьте возле пострадавшего на колени.
- > Положите основание одной ладони на центр грудной клетки пострадавшего.



- > Положите основание второй ладони на первую ладонь.



>>>

- > Соедините пальцы вместе. Не нужно слишком давить на ребра пострадавшего, а также на верхнюю часть желудка или нижнюю часть грудины.



- > Убедитесь, что ваши плечи находятся прямо над грудной клеткой пострадавшего. Выпрямленными в локтях руками надавливайте на грудину на глубину от 4 до 5 см.



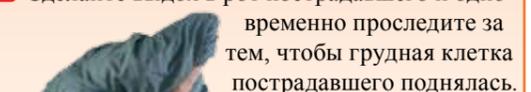
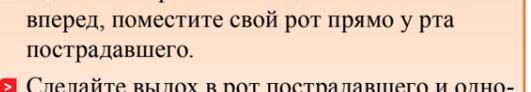
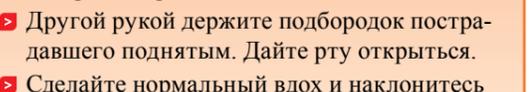
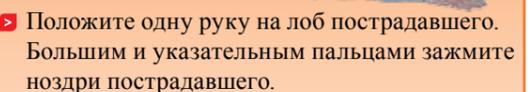
- > Каждый раз после того, как вы надавили на грудную клетку, дайте ей полностью подняться. Это позволит крови вернуться к сердцу. При этом не перемещайте и не отрывайте свои руки от грудины.



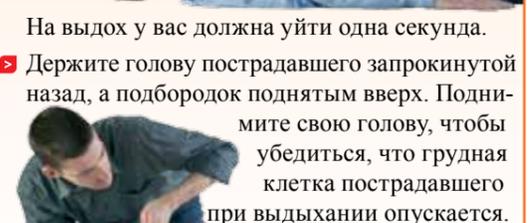
- > Время надавливания и промежуток времени, когда грудная клетка поднимается, по продолжительности должны быть равными.
- > Сделайте таким образом 30 надавливаний на грудину со скоростью около 100 надавливаний в минуту (примерно 2 надавливания в секунду).
- > Продолжите реанимацию 2 вдохами.

Искусственное дыхание

- > Запрокиньте голову пострадавшего назад и поднимите его подбородок.
- > Положите одну руку на лоб пострадавшего. Большим и указательным пальцами зажмите ноздри пострадавшего.
- > Другой рукой держите подбородок пострадавшего поднятым. Дайте рту открыться.
- > Сделайте нормальный вдох и наклонитесь вперед, поместите свой рот прямо у рта пострадавшего.
- > Сделайте выдох в рот пострадавшего и одновременно проследите за тем, чтобы грудная клетка пострадавшего поднялась.



- На выдох у вас должна уйти одна секунда.
- > Держите голову пострадавшего запрокинутой назад, а подбородок поднятым вверх. Поднимите свою голову, чтобы убедиться, что грудная клетка пострадавшего при выдыхании опускается.



- > Снова сделайте нормальный вдох и произведите второй выдох.
- > Должным образом положите руки на грудную клетку пострадавшего и продолжите непрямой массаж сердца 30 надавливаниями.

Если метод «изо рта в рот» представляется трудным, хорошей альтернативой является искусственное дыхание «изо рта в нос».



Реанимация двумя или более спасателями

Если рядом с пострадавшим оказалось несколько людей, обученных оказанию первой помощи, то при реанимации целесообразно, чтобы они сменяли друг друга.

Выполнение непрямого массажа сердца является очень утомительным.

Качество непрямого массажа сердца может ухудшиться уже через несколько минут. Оказывающий первую помощь не всегда может это ощутить.

Чтобы сохранить качество первой помощи, лучше всего меняться через каждые 2 минуты или же выполнять сердечно-легочную реанимацию вдвоем.

- > Первый спасатель реанимирует пострадавшего в течение 2 минут (непрямой массаж сердца и искусственное дыхание).
- > К процессу реанимации приступает второй человек и работает в течение следующих 2 минут (непрямой массаж сердца и искусственное дыхание). Затем они снова меняются.
- > Чем меньше времени потрачено на смену спасателя, тем лучше.

Реанимация без искусственного дыхания (только непрямой массаж сердца)

Многие люди, в том числе медицинские работники, охотно признают, что не готовы делать искусственное дыхание.

Всегда лучше сделать просто непрямой массаж сердца, чем вообще ничего. Шансы пострадавшего выжить возрастут, даже если вы проводите реанимацию без искусственного дыхания.

Если вы не можете или не хотите делать искусственное дыхание «изо рта в рот», просто делайте непрямой массаж сердца. Конечно, непрямой массаж сердца в сочетании с искусственным дыханием всегда будет более эффективным видом реанимации.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Что вы видите?

Пострадавший без сознания, но его дыхание в норме.

Что вам нужно делать?

1. Уложите пострадавшего в восстановительное положение.
2. Попросите кого-нибудь вызвать скорую медицинскую помощь. Если рядом с вами никого нет, сделайте это самостоятельно.
3. Постоянно следите за дыханием пострадавшего.

Если пострадавший без сознания, но его дыхание в норме, уложите его в восстановительное положение. Убедитесь, что его голова запрокинута назад, а рот повернут к полу. Это обеспечит проходимость дыхательных путей и не даст рвотной массе попасть в легкие.

Восстановительное положение

- > Если нужно, снимите очки пострадавшего.
- > Станьте перед пострадавшим на колени. Убедитесь, что обе его ноги вытянуты.



- > Придайте ноге такое положение, чтобы бедро образовывали между собой прямой угол.



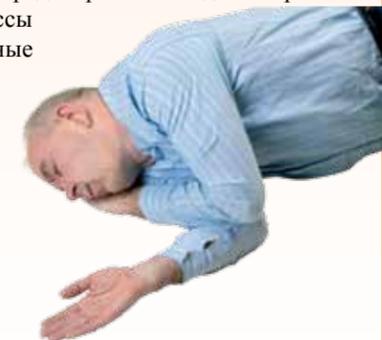
- > Положите другую руку пострадавшего поперек его грудной клетки. Приложите тыльную сторону его ладони к щеке (с вашей стороны). Держите руку в таком положении.



- > Запрокиньте голову пострадавшего назад, чтобы ничего не препятствовало проходимости дыхательных путей.



- > Убедитесь, что рот пострадавшего повернут к полу. Это предотвратит попадание крови и рвотной массы в дыхательные пути.



- > Своей свободной рукой обхватите колено дальней от вас ноги пострадавшего. Поднимите ногу, но при этом стопа должна прикасаться к земле.



- > Используйте колено пострадавшего в качестве рычага. Потяните на себя поднятую ногу. В тоже время продолжайте держать тыльную сторону ладони пострадавшего у его щеки.



- > Если нужно, поместите руку пострадавшего под его щекой таким образом, чтобы его голова была запрокинута назад.

- > Продолжайте следить за дыханием пострадавшего.

Если возникла необходимость уложить беременную женщину в восстановительное положение, предпочтительнее повернуть ее на левый бок.

УДУШЕНИЕ

Зачастую случаи удушения взрослых происходят во время еды.

Удушение младенцев и детей чаще наступает при проглатывании инородных предметов, например, монет и маленьких игрушек.

Так как удушение возникает во время еды, то, как правило, рядом кто-нибудь есть, и это повышает шанс оказания помощи пострадавшему.



Спросите пострадавшего:
«Вы задыхаетесь?»

1

Что вы видите?

- > Пострадавший отвечает на ваш вопрос (например, говорит «да»).
- > Пострадавший все еще может говорить, кашлять и дышать.

Что вам нужно делать?

1. Побуждайте пострадавшего продолжать кашлять.
2. Кроме этого не делайте больше ничего.
3. Оставайтесь рядом с пострадавшим до тех пор, пока его дыхание не стабилизируется.

2

Что вы видите?

- > Пострадавший не может ответить (возможно, кивает головой) и находится в сознании.
- > Пострадавший не может говорить, кашлять и дышать. Иногда он хрипит или едва пытается кашлять. В этом случае его жизнь в опасности.

Что вам нужно делать?

1. Сделайте до 5 похлопываний по спине. После каждого похлопывания проверяйте, решилась ли проблема.
2. Если это не помогло, сделайте до 5 толчков в область живота.
3. Если и это не помогло решить проблему, делайте поочередно по 5 похлопываний по спине и по 5 толчков в область живота.
4. Если пострадавший теряет сознание, аккуратно придайте ему горизонтальное положение. Немедленно вызовите скорую медицинскую помощь. Затем начните реанимационные мероприятия с 30 надавливаний на грудину.
 - > Проверьте ротовую полость пострадавшего. Удалите все, что препятствует проходимости его дыхательных путей.
 - > Убедитесь, что его голова запрокинута назад в достаточной степени, и что его подбородок поднят должным образом.
5. Сделайте пострадавшему два вдоха воздуха в легкие. Если после первого вдоха грудная клетка пострадавшего не поднимается, перед вторым вдохом попробуйте сделать следующее:
 - > Проверьте ротовую полость пострадавшего. Удалите все, что препятствует проходимости его дыхательных путей.
 - > Убедитесь, что его голова запрокинута назад в достаточной степени, и что его подбородок поднят должным образом.
6. Продолжайте процесс реанимации до тех пор, пока не:
 - > приедет скорая медицинская помощь и продолжит реанимацию;
 - > нормализуется дыхание пострадавшего;
 - > устанете.

Каждый раз перед тем, как снова вернуться к непрямому массажу сердца, делайте не более двух вдохов.

Похлопывания по спине

- > Станьте сбоку и немного позади пострадавшего.
- > Одной рукой поддерживайте грудную клетку пострадавшего и немного наклоните его вперед. В этом случае предмет выйдет, если он был смещен, и не будет двигаться по дыхательным путям дальше.
- > Сделайте 5 энергичных похлопываний между лопатками пострадавшего. Используйте основание ладони свободной руки. Каждое похлопывание должно быть нацелено на то, чтобы сместить предмет.



- > После каждого похлопывания проверяйте, освободились ли дыхательные пути. Если предмет свободно вышел, то совершать похлопывания по спине больше не нужно.

Необходимо обратиться за помощью специалистов

Толчки в область живота могут вызвать серьезные повреждения внутренних органов. Пострадавшим, которые подвергались подобным толчкам, необходимо обратиться за помощью специалистов.

В то время как ощущение удушения прекращается, часть предмета может все еще оставаться в дыхательных путях. Пострадавшие, которые продолжают кашлять, испытывают трудности при глотании или все еще ощущают в дыхательных путях присутствие инородного тела, должны обратиться к врачу.

Толчки в область живота

- > Станьте позади пострадавшего и обхватите обеими руками верхнюю часть его живота.
- > Наклоните пострадавшего вперед.
- > Сожмите руку в кулак и положите его на живот между пупком и нижней частью грудины.



- > Придержите кулак другой рукой. Быстрым толчковым движением надавите кулаком по направлению к себе и вверх. Повторяйте это до 5 раз.



Глава 4: Первая помощь

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Что вы видите?

У пострадавшего открытая рана, которая сильно кровоточит. Кровь из раны бьет фонтаном или вытекает.



Что вам нужно делать?

Остановите кровотечение прижатием раны.

1. Избегайте прямого контакта с кровью пострадавшего. Попросите самого пострадавшего прижать рану. Аккуратно придайте пострадавшему горизонтальное положение.
2. Попросите прохожего вызвать скорую медицинскую помощь. Если рядом никого нет, сделайте это самостоятельно.
3. Прижмите рану обеими руками. Если у вас есть одноразовые перчатки, воспользуйтесь ими. Вы можете наложить на рану чистую ткань (например, полотенце).



4. Если рана продолжает кровоточить, прижмите ее сильнее.
5. Продолжайте прижимать рану до тех пор, пока не придет скорая медицинская помощь.
6. После оказания первой помощи вымойте руки.

Для остановки кровотечения можно использовать давящую повязку.

Давящая повязка

- Достаньте бинт из упаковки.
- Наложите на рану компресс.



- Туго обмотайте бинтом компресс, чтобы прижать рану.



- Свяжите оба конца бинта вместе.



- Если рана продолжает кровоточить, наложите поверх первой повязки вторую. Не убирайте первую повязку.

Убедитесь, что для остановки кровотечения повязка достаточно плотно прилегает к ране, но при этом не перекрывает циркуляции крови в организме. Если область кожи рядом с повязкой синее или немеет, слегка ослабьте повязку.

Для того чтобы прижать рану, вы можете также воспользоваться тканью.

ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ

Что вы видите?

У пострадавшего открытое повреждение кожи, например, ссадина или порез.



Что вам нужно делать?

1. Избегайте контакта с кровью или иными жидкостями организма пострадавшего. Если нет сильного кровотечения, перед оказанием первой помощи вымойте руки водой с жидким мылом. Если это возможно, используйте одноразовые перчатки.
2. Если кровотечение еще не прекратилось, то остановите его прижатием.
3. Промойте рану холодной чистой водой из-под крана. Если нет возможности использовать воду из-под крана, то используйте другой источник питьевой воды.



4. Для того чтобы промыть рану, подставьте ее под струю воды. Ни в коем случае не трите рану.
5. После промывания, в случае необходимости, высушите область вокруг раны, но не дотрагивайтесь до самой раны.



6. Наложите на рану стерильный компресс. Если у вас нет компресса, используйте сухую чистую ткань.



7. Посоветуйте пострадавшему обратиться к врачу. Врач проверит, привит ли пострадавший от столбняка.
8. После оказания первой помощи вымойте руки.

Если в ране есть инородное тело, не удаляйте его из раны. Постарайтесь зафиксировать его таким образом, чтобы оно было неподвижным.



Фиксация инородного тела

➤ Наложите на инородное тело стерильный компресс. Если у вас нет компресса, используйте сухую чистую ткань.



➤ Для того чтобы снизить разницу по высоте между раной и инородным телом, используйте, например, компрессы или две повязки.



➤ Вокруг инородного тела осторожно обмотайте повязку. Повязка не должна давить на инородное тело.



Обратитесь за помощью специалистов, если:

- у вас не получается остановить кровотечение или должным образом промыть рану;
- размеры ссадины больше, чем половина ладони пострадавшего;



➤ видны кости, мышцы или другие ткани под кожей;



➤ повреждены лицо, глаза или половые органы;

➤ в ране есть инородное тело;

➤ рана стала результатом укуса человека или животного.



Если вам необходимо обратиться за помощью специалистов, то остановите кровотечение и наложите на рану повязку. Дальнейшую обработку раны должны обеспечить специалисты.

ОЖОГИ

Что вы видите?

У пострадавшего ожог.

При поверхностном ожоге кожа краснеет, незначительно опухает и болезненна. Если ожог является более глубоким, вы увидите волдыри. Такие ожоги вызывают особенно сильную боль.



Если пострадал от ожога самый нижний слой кожи, то на месте самого ожога боль не ощущается, т. к. в данной области кожного покрова пострадали также нервные окончания. Ожог может выглядеть черным, в виде пергамента или белым и сухим. Однако ощущение боли вызывает кожа вокруг места ожога, которая была обожжена значительно меньше.



Что вам нужно делать?

1. Как можно скорее охладите место ожога холодной или прохладной водой из-под крана или душа.



2. Охлаждайте место ожога водой в течение 15–20 минут или до тех пор, пока боль не уменьшится.

3. Снимите одежду и украшения, если они не прилипли к коже.

4. После охлаждения ожога наложите на рану влажную повязку (например, компресс или чистую ткань).



- 5. Если есть волдыри, не прокалывайте их.
- 6. При оказании первой помощи не используйте крема.
- 7. Посоветуйте пострадавшему обратиться к врачу. Врач проверит, привит ли пострадавший от столбняка.

После оказания первой помощи обратитесь за помощью специалистов, если:

- от ожога пострадали дети в возрасте до 5 лет или взрослые старше 60 лет;
- от ожога пострадало лицо, уши, руки, стопы, суставы или половые органы;
- от ожога пострадали дыхательные пути (например, в результате вдыхания дыма или горячих газов);
- ожог полностью покрывает шею, туловище или конечности;
- от ожога пострадал самый нижний слой кожи;
- ожог вызван электричеством, химическими веществами, ионизирующим излучением, паром высокого давления;
- от ожогов пострадало более 5 % кожных покровов тела детей младше 16 лет и более 10 % кожных покровов тела взрослых старше 16 лет.



Для оценки размеров ожога используйте ладонь пострадавшего: его ладонь вместе с пальцами составляет около 1 % всех кожных покровов его тела.

В случае необходимости попросите прохожего вызвать скорую медицинскую помощь. Если рядом никого нет, сделайте это самостоятельно. Охлаждайте место ожога до тех пор, пока не придет скорая медицинская помощь.

Не дайте пострадавшему переохладиться. Не используйте для охлаждения места ожога слишком холодную воду. После охлаждения постарайтесь защитить пострадавшего от ветра и укройте его одеялом для того, чтобы он не замерз.

ОТРАВЛЕНИЕ

Что вы видите?

Пострадавший проглотил токсическое вещество или принял слишком большую дозу алкоголя, наркотиков или лекарства.

Что вам нужно делать?

Позвоните в скорую медицинскую помощь и следуйте их инструкциям. Опишите, что случилось. Дайте информацию о токсическом веществе и пострадавшем.

Без рекомендации специалистов вы не должны разрешать пострадавшему вызывать рвоту и не должны давать ему воду, молоко или лекарства.



ТРАВМЫ ГОЛОВЫ, ПОЗВОНОЧНИКА

Что вы видите?

Может иметь место травма головы, шеи или спины, если:

- > пострадавший стал жертвой несчастного случая, в ходе которого его тело пострадало от удара (например, ДТП или падение);
- > пострадавший выглядит сонным и вялым, возбужденным или теряет сознание;



- > пострадавший не помнит точно, что произошло;
- > у пострадавшего сильно болит голова, его тошнит, он раздражителен, он странно себя ведет, или у него судороги;
- > у пострадавшего сильное кровотечение в области головы;
- > пострадавший жалуется на потерю чувствительности или покалывание;
- > пострадавший ощущает боль в области шеи или спины, или боль при прикосновении к ним.

Что вам нужно делать?

1. Успокойте пострадавшего и постарайтесь убедить его не двигаться.



2. Попросите прохожего вызвать скорую медицинскую помощь или сделайте это самостоятельно, если рядом никого нет.
3. Приведите пострадавшего в состояние покоя (методика представлена справа) только в том случае, если он согласен следовать вашим рекомендациям.
4. Если пострадавший находится в возбужденном состоянии, беспокоен, не удерживайте его голову и шею в неподвижном состоянии против его воли.

Если пострадавший не в состоянии ответить, из-за слишком острой боли, у вас не получится адекватно оценить его состояние. Обратитесь за помощью специалистов, если вы не уверены в причине появления травмы.

Обеспечение проходимости дыхательных путей в данном случае является более важным, чем забота о возможной травме спины. Если затрудняется понять, в норме ли дыхание пострадавшего, который находится без сознания, переверните его на спину для освобождения дыхательных путей и контроля над его дыханием. При необходимости уложите пострадавшего в восстановительное положение.

Приведение пострадавшего в состояние покоя

- > Станьте на колени позади головы пострадавшего.
 - > Не двигая головы пострадавшего, осторожно просуньте обе руки под его шею.
- 
- > Поддерживая шею пострадавшего, зафиксируйте его голову таким образом, чтобы он находился в состоянии покоя до тех пор, пока не придет скорая медицинская помощь.

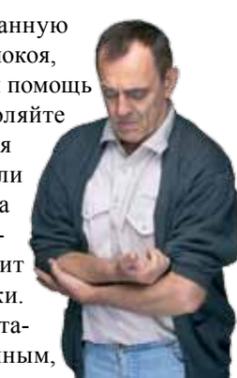
ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Что вы видите?

Пострадавший травмировал руку или ногу (вследствие занятий спортом, от удара или падения). При этом пострадавший не может нормально двигать травмированной конечностью или опираться на нее. Травмированная конечность вызывает боль и выглядит опухшей. В некоторых случаях конечность или сустав имеют ненормальный вид.



Что вам нужно делать?

- Если вы сомневаетесь в тяжести травмы, предполагайте, что конечность сломана, и обратитесь за помощью специалистов.
- Если в месте перелома имеет место сильное кровотечение, попытайтесь остановить его прижатием или с помощью давящей повязки.
1. Не пытайтесь вправлять конечность, которая выглядит неестественно или смещенной.
 2. Охладите место травмы при помощи льда. При охлаждении не прикладывайте лед прямо к коже. Сначала заверните лед во что-нибудь (например, полотенце). Если у вас нет льда, можно использовать холодный компресс.
 3. Процесс охлаждения не должен превышать 20 минут за один прием.
 4. Не приводите травмированную конечность в состояние покоя, если скорая медицинская помощь придет быстро. Не позволяйте пострадавшему опираться на поврежденную ногу или стопу. Если травмирована рука или плечо, пусть пострадавший просто держит руку возле грудной клетки. Обычно это является достаточным и менее болезненным, чем использование повязки.
- 
- 

БОЛЬ В ГРУДИ

Что вы видите?

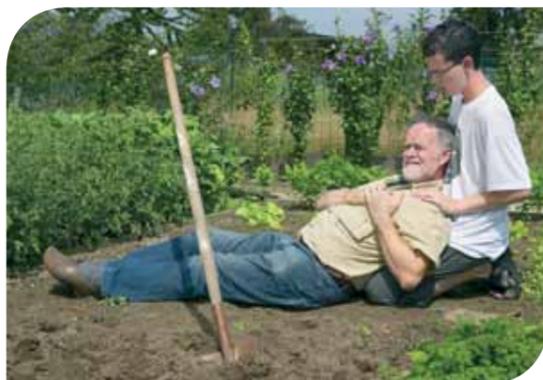
Пострадавший жалуется на боль в груди. Боль может отдавать в другие отделы верхней части туловища (например, в руку, плечо, шею, нижнюю челюсть или желудок). Как правило сопровождается одышкой, потоотделением, головокружением или потерей сознания.



Что вам нужно делать?

Нельзя недооценивать ситуацию, даже если пострадавший отрицает, что с ним произошло что-то серьезное. Пострадавший нуждается в немедленной помощи.

1. Попросите прохожего вызвать скорую медицинскую помощь. Если рядом никого нет, сделайте это самостоятельно.
2. Пострадавшему необходимо находиться в состоянии покоя и не напрягать свои силы. Помогите пострадавшему принять удобное положение (пусть он сидит или полулежит).
3. Постоянно следите за тем, находится ли пострадавший в сознании и нормально ли дышит.



ИНСУЛЬТ

Что вы видите?

Симптомы инсульта часто бывают еле заметными. Например, пострадавший вдруг обнаруживает, что его лицо, рука или нога онемели. В большинстве случаев это происходит с одной стороны тела. Иногда речь пострадавшего становится сбивчивой, ему трудно говорить и поддерживать беседу. У некоторых появляются проблемы со зрением, они не могут ходить, испытывают головокружение или не в состоянии держать равновесие. Среди других симптомов может быть неожиданная головная боль.



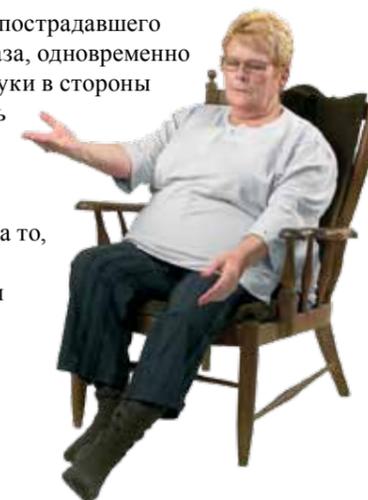
Что вам нужно делать?

Если вы подозреваете у человека инсульт, то вы должны систематически проверять, может ли он без труда выполнить следующие действия:

1. Попросите пострадавшего улыбнуться или показать вам свои зубы. Посмотрите, искривился ли при этом его рот.



2. Попросите пострадавшего закрыть глаза, одновременно вытянуть руки в стороны и повернуть ладони вверх. Обратите внимание на то, опустится ли при этом его рука вниз или займет другое положение.
3. Попросите пострадавшего повторить простое предложение. Обратите внимание, может ли он говорить внятно и четко проговаривать слова.



Если человек не может выполнить одно или более из этих действий, то с ним, вероятно, случился инсульт.

Нельзя недооценивать ситуацию, даже если пострадавший отрицает, что с ним произошло что-то серьезное. Пострадавший нуждается в немедленной помощи.

1. Попросите прохожего вызвать скорую медицинскую помощь. Если рядом никого нет, сделайте это самостоятельно.
2. Пострадавшему необходимо находиться в состоянии покоя и не напрягать свои силы. Помогите пострадавшему принять удобное положение (пусть он сидит или полулежит).
3. Постоянно следите за тем, находится ли пострадавший в сознании и нормально ли дышит.

Благодарность

Разработчики Европейского руководства по оказанию первой помощи выражают благодарность всем, кто внес вклад в его создание.

Разработчики:

Стийн Ван де Велде, Лорент Ван Риллайер.

Текст и редактирование:

Барт Хендерикс, Стийн Ван де Велде.

Оргкомитет:

Пол Броос, Стийн Ван де Велде, Лорент Ван Риллайер, Мойя Вуд Хетт, Диан Иссард, Паскаль Кассан, Кристина Миллиринне, Линда Ридант, Вильнис Скрастинс, Евгения Теодороу, Лиана Титоу, Карлос Уркиа Мирес, Сьюзан Шундер.

Экспертная группа:

Берт Аертгеертс, Крис Аубри, Йост Биренс, Пол Броос, Барбара Вантройен, Марк Ван Боувелен, Стийн Ван де Велде, Патрик Ван ден Штеене, Андре Ван Тихелен, Йохан Вердукт, Зармите Виллере, Габон Гебль, Энрико Даволи, Руди де Вин, Майке де Врис, Паскаль Кассан, Дорт Лауваерт, Грейс Ло, Эндрю Локи, Конрад Монсерс, Марк Саббе, Ан Сермон, Кристина Тоббак, Карлос Уркиа Мирес, Эльке Штруиф, Сьюзан Шундер, Фабиен Фермунихт, Винсент Хуберт.

Конрад Монсерс представлял Европейский совет по реанимации.

Энрико Даволи представлял Всемирную организацию здравоохранения.

Грейс Ло представляла Международную Федерацию Красного Креста и Красного Полумесяца.

Модели:

Чайлес Баллала, Гильберт Банура, Софии Бельманс, Марк Ван Боувелен, Виктория ван Влит, Барт Ван де Вел, Ханс Ван дер Крикен, Йо Вангиндерхуизен, Карри Вербругген, Виль Вердонк, Даниеле Верлинден, Марийке Веррезен, Геерт Верстраете, Диего Виллемаерс, Люк Геерс, Барт Гизельс, Миа Гоос, Эрик Гройнлинк, Ламберт Гройнлинк, Марсель Де Болле, Фридл Де Винтер, Стив Де Роок, Аннабель Дельбрасине, Ронни Дреезен, Крис Дюпон, Коен Енгелен, Лен Зентс, Беате Калтайер, Йос Кенен, Мэттью Клариссе, Жаклин Латуверс, Беа Ленартс, Лауре Ливенс, Ан Мартенс, Вальтер Мойердик, Кошан Мохаммадсимейл, Ларс Нискенс, Роел Ноллет, Кйел Олеслагерс, Брэм Петерс, Саша Петерс, Эдин Пехадзич, Линда Ридант, Салли Роеландт, Фред Руссард, Ахмед Сайдали, Йорис Смейерс, Кристиен Тийс, Верле Хендерикс, Нарда Херманс, Ислам Шарифул, Ингрид Шутенден, Катлен Якобс, Забине Янсенс.

Макет:

Габи Ван Роосброек, Карине Даемс, Джени Коекховс.

Фотограф:

Карл Вандервоорт.

Графический дизайн и верстка:

Ноель Банкен, Фридерике Кратки.

Веб-приложение:

Том де Бруин.

Использованная литература

1. Handley A.J., Koster R., Monsieurs K., Perkins G.D., Davies S., Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2005 December; 67 Suppl 1 : S. 7-23.
2. Van de Velde S., et al. European first aid guidelines. Resuscitation 2007 February; 72(2) : 240-251.
3. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2005 December 13; 112 (24 Suppl) : IV1-203.

Глава 3. Основные подходы к организации помощи на дому

3.1. Общие вопросы оказания медико-социальной помощи и принципы ухода за подопечными на дому

При оказании помощи медсестре милосердия надо помнить, что главное в уходе на дому – это личность подопечного.

Современная тенденция ухода на дому – не просто делать для подопечного и вместо него, а вместе с подопечным, надо учитывать его пожелания и поощрять человека к самообслуживанию, помогать реализации его возможностей, пусть даже ограниченных.

Основные принципы ухода на дому:

1. **Безопасность:** оберегайте пациента, за которым вы ухаживаете, предупреждая возможные травмы.
2. **Конфиденциальность:** оберегайте от посторонних подробности личной жизни вашего подопечного, не позволяйте посторонним видеть или слышать то, чего не хотел бы ваш подопечный.
3. **Уважение** (поддержание чувства достоинства): всегда относитесь к подопечному с уважением.
4. **Общение:** располагайте подопечного к беседе, откликайтесь на его мысли и чувства. Ухаживая за ним, рассказывайте ему о ваших действиях и планах по уходу. Умейте выслушать подопечного. Докладывайте о его проблемах вашему руководству.
5. **Независимость:** поощряйте каждого подопечного быть максимально самостоятельным.
6. **Инфекционная безопасность:** проводите мероприятия, предотвращающие распространение болезнетворных микробов.

Основные потребности человека

Человек, который осуществляет уход на дому, может помочь нуждающемуся человеку удовлетворить его потребности. Зная уровни потребностей, вы сможете лучше ухаживать за подопечным.

Знаменитый американский психолог Абрахам Маслоу много лет изучал чувства и поведение людей, чтобы узнать, что нужно людям для того, чтобы жить, быть счастливыми и здоровыми. Теория Маслоу только одна из теорий о потребностях человека, лишь частично объясняющая то, как вместе с другими мотивами потребности направляют поведение людей. Маслоу установил, что у людей имеются потребности разных уровней – от физиологических до социальных. Прежде чем люди смогут думать о потребностях высшего уровня, им необходимо удовлетворить потребности низшего порядка, то есть физиологические потребности.

А. Маслоу выделяет 5 уровней потребностей:

- физиологические: голод, жажда, половое влечение и т. д.;
- экзистенциальные – потребность в безопасности и защищенности: безопасность существования, комфорт, постоянство условий жизни;
- социальные: социальные связи, общение, привязанность, забота о другом и внимание к себе, совместная деятельность;
- потребность в уважении и признании (престижные): самоуважение, уважение со стороны других, признание, достижение успеха и высокой оценки, служебный рост;
- потребность в самоуважении (духовные): познание, самоактуализация, самовыражение.



Потребности человека по А. Маслоу

Таблица 3.1. Удовлетворение физиологических потребностей

Чтобы помочь удовлетворить потребность	Вы можете
В воздухе	Проветрить комнату, приподнять изголовье кровати.
В пище	Принести еду; проверить ее температуру; помочь принять пищу.
В воде	Налить воду в стакан, помочь подопечному ее выпить.
В выделении продуктов жизнедеятельности	При недержании мочи – научить подопечного пользоваться прокладками, памперсами, мочеприемником; подать судно или мочеприемник.
В сне	Выяснить причину нарушения сна, порекомендовать изменить режим дня.
В движении	Помочь подопечному передвигаться; помочь делать предписанные врачом упражнения.
В прикосновении	Подойдя к подопечному, взять его за руку, заглянуть в глаза. Посоветовать членам семьи не избегать физического контакта и почаще обнимать его.
В сексе	Не нарушать уединенность подопечного.

Таблица 3.2. Удовлетворение потребности в безопасности

Чтобы помочь удовлетворить потребность	Вы можете
В надежности	Зафиксировать тормоза кресла-каталки, когда оно стоит на месте, научить подопечного пользоваться поручнями и ходунками при передвижении по комнате. Опустить кровать вашего подопечного на максимально низкий уровень. Убедиться, что человек надел очки, если в этом есть необходимость.
В защите	Почаще проверять, не нуждается ли в чем-нибудь человек, неспособный двигаться самостоятельно.
В крове	Закрывать дверь в комнату человека, желающего уединенности. Если дома у него холодно, постараться выяснить причину и сообщить об этом в соответствующие инстанции.
В одежде	Убедитесь, что подопечный одет соответственно погоде.
В помощи	Держать дверь подопечного открытой, чтобы он в случае надобности мог вас позвать.

Таблица 3.3. Удовлетворение социальных потребностей

Чтобы помочь удовлетворить потребность	Вы можете
В одобрении	Проявить искренний интерес, когда человек рассказывает о своем прошлом.
В понимании	Знакомить людей друг с другом. Разговаривать дружелюбно. Выслушивать людей с искренним интересом.
В привязанности	Улыбаться людям и обнимать их.
В любви	Дать почувствовать человеку, что он для вас важен.
В семье и друзьях	Посоветовать членам семьи и друзьям навещать ваших подопечных настолько часто, насколько это возможно. Когда ваш подопечный звонит другу, помочь ему набрать номер телефона. Посодействовать тому, чтобы ваш подопечный проводил время с людьми, которые ему нравятся.

Таблица 3.4. Удовлетворение потребности в самоуважении и уважении окружающих

Чтобы помочь удовлетворить потребность	Вы можете
В поощрении	Поощрить человека, обняв его, пожав ему руку или другим способом, если это для него приемлемо. Поздравить и похвалить его, когда ему что-то удастся.
В уважении	Правильно называть имя и звание человека, разговаривая с ним. Внимательно выслушать его. Дать понять, что то, о чем он говорит, важно для вас.
В самоуважении	Помочь человеку сделать что-то для себя и почувствовать независимость. Поощрить его воспоминания и рассказ о том времени, когда он пользовался большим уважением.
В успехе	Помочь человеку поделиться своим успехом с другими. Похвалить его, если вы заметите достижения в том, что он старался сделать.
В обладании имуществом	Сказать комплимент по поводу надетой пациентом одежды, особенно если вы знаете, что она нравится ему.

Люди, чьи потребности первых четырех уровней удовлетворены, могут заниматься самовыражением. Самовыражение означает, что человек чувствует удовлетворение самим собой от того, что воплотил одну из своих идей в реальность, от того, что, вложив частичку души в свой труд, видит его реальные результаты. Каждому человеку нужно стремиться к самовыражению. Единственный способ помочь ему в этом – это содействовать в удовлетворении потребностей других четырех уровней.

Права подопечного:

1. Уважительное и гуманное отношение к нему со стороны медицинского персонала.
2. Обследование и лечение в условиях, соответствующих существующим требованиям.
3. Проведение по его требованию консилиума и консультаций с другими специалистами.
4. Облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными средствами и способами.
5. Сохранение в тайне факта обращения за медицинской помощью, сведений о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений.
6. Добровольное согласие на медицинское вмешательство.
7. Отказ от медицинского вмешательства.
8. Получение информации о своих правах и обязанностях и о состоянии своего здоровья, а также о праве на выбор лиц, которым в интересах больного может быть передана информация о состоянии его здоровья.
9. Получение дополнительных платных услуг.
10. Возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.
11. Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.
12. Допуск к нему священнослужителя, предоставления в лечебном учреждении условий для отправления религиозных обрядов.

3.1. Особенности пациентов целевой группы (пожилых людей и инвалидов)

Человек, который ухаживает за другими людьми, должен разбираться в процессе роста и развития индивидуума. Вам придется контактировать со всеми возрастными категориями на всех стадиях роста и развития. Поэтому вы можете по-разному откликаться на поведение человека, когда понимаете, на какой стадии развития он находится.

Стадии роста и развития человека:

- младенчество (от рождения до 1 года);
- раннее детство (от 1 до 3 лет);
- дошкольный возраст (3–6 лет);
- младший школьный возраст (7–12 лет);
- подростковый период (13–16 лет);
- юность (17–23 года);
- молодые взрослые годы (24–45 лет);
- средние взрослые годы (46–60 лет);
- **пожилой (преклонный) возраст** (61–75 лет);
- **старческий возраст** (76–90 лет);
- **долгожительство** (старше 90 лет).

С учетом высоких темпов старения населения основная потребность в уходе на дому формируется за счет пожилых одиноких и одиноко проживающих граждан. Последние годы даже была выделена отдельная область клинической медицины – гериатрия, которая занимается изучением и лечением заболеваний старческого и пожилого возраста

Старость – это естественный и закономерный период индивидуального возрастного развития, характеризующий завершающий этап человеческой жизни.

Старение – это многофакторный, постоянно развивающийся, нарастающий во времени, поступательный процесс, который приводит к сокращению приспособительных возможностей организма к меняющейся внешней среде. Обусловленные старением изменения – это физиологические процессы, которые не являются заболеваниями, но все же приводят к ограничению функциональных возможностей организма и снижению его устойчивости к различным вредным влияниям внешней среды.

Таким образом, нужно разграничивать старение как длительный неравномерный процесс и старость как его заключительную фазу, время наступления которой определяется скоростью и интенсивностью старения.

Физиологическое (красивое) старение протекает в физиологически нормальном темпе и соответствует средним (типичным) характеристикам последовательности возрастных изменений и биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции.

Замедленное старение отличается более медленным, чем у всей популяции, темпом возрастных изменений. Предельным проявлением этого типа старения является феномен долголетия.

Долгожительство – биологический и социальный феномен доживания человека до высоких возрастных рубежей. В основе его лежат изменчивость нормальной продолжительности человеческой жизни, зависящей от многих факторов. Основными факторами долголетия являются здоровая наследственность, сильный тип высшей нервной деятельности, отсутствие или минимум изменений в результате перенесенных заболеваний, хорошие социально-экономические условия, благоприятная природно-географическая среда и др.

Ускоренное (патологическое) старение характеризуется преждевременным развитием возрастных изменений или более ярким их проявлением в тот или иной возрастной период. Преждевременному старению способствуют многие болезни, которые приводят к одряхлению и инвалидности. Например у людей, страдающих атеросклерозом, биологический возраст на 10–15 лет больше в сравнении с их возрастной «нормой». Большую роль в возникновении преждевременного старения играют психический и эмоциональный стресс, недоедание и др.

ВОЗ выделяет группы пожилых людей повышенного риска, которые требуют более тщательного ухода и наблюдения. Это группы людей, имеющих высокий риск ухудшения здоровья, социального и экономического положения:

- лица в возрасте 80–90 лет и старше;
- пожилые люди, живущие одиноко (семья из одного человека), в том числе вдовы;
- изолированно живущие пожилые люди (одинокие или престарелые пары), в том числе бездетные;
- пожилые люди с тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- пожилые люди, живущие на минимальное государственное или социальное пособие.

Изменения в разных сферах жизни, присущие людям пожилого возраста

1. Изменения в физической сфере и здоровье. Пожилой человек:

- чаще болеет хроническими заболеваниями. В среднем на 1 мужчину старше 60 лет приходится 4,3 заболевания, на 1 женщину – 5,2 заболевания;
- испытывает снижение зрения, потерю ночного зрения, утрачивает ощущение глубины и четкости цветового восприятия;
- испытывает некоторую потерю слуха и понижение ощущения запаха и вкуса;
- имеет меньше сил и ослабевшее чувство равновесия, подвержен несчастным случаям и падениям;
- становится заметно ниже из-за "усадки" позвоночника;
- дольше приспосабливается к перепаду температур и другим климатическим изменениям.

2. Изменения в социальной сфере. Пожилой человек:

- может расценивать старость как позитивное явление и чувствовать возросшую энергию, продуктивность и эмоциональное творчество, хотя негативное отношение молодых поколений делает эту стадию менее приятной;
- может иметь сильное желание настоять на своей воле и имеет большую привязанность к знакомым объектам;
- может сильнее осознавать время и жизненный цикл;
- может быть менее уверен и менее самолюбив из-за утраты близких, должностей, физических и чувственных способностей;
- может быть более сложившейся личностью и с определенными ценностями; продолжает нуждаться в дружбе и других взаимоотношениях;
- может иметь потребность в общении с домашним животным;
- продолжает сексуальную жизнь, если был (или была) сексуально активен раньше.

3. Изменения в познавательной сфере. Пожилой человек:

- обычно сохраняет интеллектуальные способности, хотя может перерабатывать информацию не так быстро;
- решения принимает замедленно;
- в состоянии освоить новую информацию и новые навыки, но нуждается для этого в большем времени;
- может испытывать некоторую потерю памяти по причине таких внешних условий, как прием лекарств; а также по физическим или эмоциональным причинам, таким как плохое питание, депрессия или болезнь.

Физиологические особенности пожилых людей, изменения в организме, связанные с процессами старения

Изменения в нервной системе:

- Старение нервной системы – ведущий фактор в старении всего организма. Происходит старение рецепторов, которое начинается очень рано и продолжается всю жизнь. Данный процесс происходит во всех отделах нервной системы.
- С возрастом меняются структура и обменные процессы в нервных клетках – нейронах, что приводит к гибели части нейронов. С 50–60 лет уменьшается количество нейронов и образующихся между ними связей. Утрата нейронов в коре головного мозга стариков может достигать 40–50 % и более.

- В белом и сером веществе головного мозга происходят необратимые атрофические процессы. В ткани мозга формируются старческие бляшки. С возрастом в головном мозге происходит понижение уровня нейромедиаторов – серотонина, норадреналина, гамма-аминомасляной кислоты и др., что повышает подверженность человека депрессии в ответ на воздействие психосоциального стресса.
- У людей в возрасте до 80 лет при определенных условиях ухудшение памяти частично обратимо. Процесс старения памяти носит прерывистый характер с двумя периодами спада: 1) 60–70 лет, 2) после 80 лет. 70–80 лет – период относительной стабильности.
- Грубая забывчивость, например, когда пожилой человек забывает, уходя из дома, выключить плиту или закрыть дверь на ключ, говорит уже о психической патологии.

Изменения сердечно-сосудистой системы:

- Отмечается расширение сердца вследствие умеренного увеличения внутреннего систолического и диастолического диаметров левого желудочка.
- В сердце происходит очаговая атрофия мышечных волокон и уменьшается мышечная масса, происходят склеротические изменения – в миокарде наблюдаются разрастания элементов соединительной ткани. Снижаются сократительная способность миокарда, сердечный выброс, ударный объем сердца.
- Повышается АД, главным образом систолическое. Венозное давление снижается.
- Урежается частота сердечных сокращений.
- Происходит утолщение створок аортальных и митральных клапанов и их кальцификация.
- В сердце происходит гибель клеток водителей ритма, к 75-летнему возрасту их число уменьшается на 90 %, поэтому чаще происходят нарушения ритма.
- После 60–65 лет постепенно снижаются приспособительные возможности сосудов из-за недостаточной способности к расширению и сужению, ослабляется кровоток, что объясняет склонность к головокружениям.
- В свою очередь артериолы и капилляры, переплетающие ткани и органы густой сетью, все чаще подвергаются сужению, и даже гибели, что резко ухудшает кровоснабжение тканей. Поэтому у большинства пожилых людей бледная и холодная кожа, им часто бывает холодно и в теплый день.
- Атеросклероз в абсолютном большинстве случаев сопровождается старением современного человека. Атеросклероз – это системное заболевание артерий, при котором в их внутреннем и среднем слоях локально накапливаются липиды и различные компоненты крови, развивается фиброзная (рубцовая) ткань. На внутренней поверхности сосудистой стенки повсеместно видны липидные пятна, полосы и полоски, изъязвления, кальцификаты и атеросклеротические бляшки, покрытые тромбами.

Изменения органов дыхания:

- Изменения органов дыхания наблюдаются, прежде всего, в костно-мышечном аппарате грудной клетки. В грудном отделе позвоночника развивается остеохондроз. Подвижность реберно-позвоночных сочленений и ребер уменьшается. Реберные хрящи кальцифицируются. Развивается грудной кифоз, грудная клетка деформируется. Она приобретает бочкообразную форму.
- Увеличение грудного кифоза и другие деформации позвоночника, обызвествление реберных хрящей приводят к снижению подвижности грудной клетки и ограничению объема движений.
- В легких с возрастом также наступают структурные и функциональные изменения. Снижение эвакуаторной функции ухудшает бронхиальную проходимость, усугубляет нарушение легочной вентиляции и благоприятствует развитию бронхолегочной инфекции. Снижается кашлевой рефлекс.
- Все это приводит к уменьшению вентиляционной способности легких. Дыхание у пожилого человека становится поверхностным, развивается старческая эмфизема легких, что затрудняет выполнение физических нагрузок, – одышка возникает даже при ходьбе. Из-за ослабления механизма легочной вентиляции в старческих легких больше накапливается пыли, труднее происходит отхаркивание бронхиальных выделений, которые постепенно увеличивают склонность к воспалению бронхов и легких.

Изменения органов пищеварения:

- Полость рта. С возрастом в ротовой полости атрофируется жевательная мускулатура и кости лицевого отдела черепа. Происходит нарушение прикуса, затруднение жевания пищи. Объем ротовой полости уменьшается. Уменьшается масса слюнных желез и снижается их функция. Возникает сухость во рту.
- Отмечается снижение чувствительности языка, язык увеличивается в размерах. Появляются трещины языка, сглаживание его сосочков. Выпадение зубов – одна из важнейших причин ухудшения пищеварения, потому что еда гораздо хуже пережевывается, измельчается и обрабатывается слюной.
- Пищевод. С возрастом повышается вероятность развития дивертикулов (расширений) пищевода и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. У пожилых пациентов по мере увеличения размеров дивертикула пищевода нередко появляются одышка, сердцебиение, боль в области сердца.
- Желудок. Слизистая оболочка желудка истончается из-за атрофических процессов. В результате уменьшается объем выделяемого желудочного сока, снижается уровень его кислотности.
- Кишечник. Значительно снижается моторика кишечника. Увеличивается общая длина кишечника главным образом за счет удлинения отдельных участков толстой кишки. В составе кишечной микрофлоры начинают преобладать гнилостные микроорганизмы. В толстой кишке происходит активация процессов брожения, размножение гнилостной и гноеродной флоры. Появляется склонность к запорам.
- Печень. Уменьшается масса и объем печени за счет снижения количества клеток печени – гепатоцитов. Снижаются функциональные возможности гепатоцитов. Снижается интенсивность печеночного кровотока. Уровень билирубина и желчных кислот снижается, а холестерина – увеличивается.
- Желчный пузырь. Происходит уплотнение и утолщение стенки желчного пузыря, увеличивается его объем и снижается двигательная активность. Нарушается отток желчи, изменяется ее химический состав: она делается более густой, что способствует образованию камней желчного пузыря.
- Поджелудочная железа. Уменьшается количество бета-клеток островкового аппарата поджелудочной железы, где вырабатывается инсулин. Между дольками железы разрастается жировая и соединительная ткань. Количество и активность пищеварительных ферментов снижается.

Изменения мочевыделительной системы:

- К 75 годам в почках до 30–40 % снижается количество основных структурных единиц – нефронов. Паренхиматозная ткань замещается соединительной тканью, развивается возрастной нефросклероз. В результате почки уменьшаются в массе на 30 %, особенно после 70 лет. Почечная фильтрация и водовыделительная функция ослабевают на 35–45 %.
- Мочеточники в глубокой старости расширяются и удлиняются, нарушается их сократительная способность.
- Мочевой пузырь уменьшается в объеме, его стенки уплотняются, становятся менее эластичными, они хуже растягиваются. Сократительная способность сфинктеров мочевого пузыря понижается, может даже развиться атония (слабость) мочевого пузыря. Учащаются позывы к мочеиспусканию, причем как днем, так и ночью. Значительно снижается тонус мышц малого таза и сфинктера мочевого пузыря, что способствует недержанию мочи. У пожилых и старых женщин иногда наблюдается частичное недержание мочи: при кашле, смехе, чихании, поднятии тяжести.
- У мужчин в возрасте 50–55 лет наблюдается увеличение (гипертрофия) предстательной железы. Она сдавливает мочеиспускательный канал и вызывает задержку мочи.
- Возрастные изменения мочеполовой системы способствуют развитию хронической почечной недостаточности.

Изменения опорно-двигательного аппарата:

- В мышцах уменьшается количество мышечных волокон и их диаметр. Появляются визуально заметные атрофия мышц, их дряблость. Начинает быстро снижаться способность к длительной физической активности.

- Почти постоянным признаком старения в возрасте старше 50 лет является снижение плотности костной ткани – остеопороз. Костная масса у человека после 40 лет уменьшается со скоростью примерно 2–3 % в год у женщин и 1 % в год у мужчин. Такой темп потери костной массы сохраняется до 65–70 лет. Кости становятся хрупкими. В ряде случаев это ведет к переломам и трещинам. При переломах они трудно срастаются. Особенно характерны переломы плечевой, лучевой и бедренной костей.
- В суставах прогрессирует дегенерация суставного хряща, кальциноз сухожилий и суставных сумок. Изменяется также количество суставной жидкости, оболочка капсулы становится менее подвижной, более грубой. Суставные поверхности как бы изнашиваются, стираются, связки становятся менее эластичными, что не только затрудняет движение, но и нередко причиняет сильные боли. Особенно часто страдают наиболее нагруженные суставы – тазобедренные, коленные, голеностопные.
- С возрастом увеличивается кривизна позвоночника (грудной кифоз); шейный и, в меньшей степени, поясничный изгибы (лордозы) выпрямляются; уплощаются межпозвонковые диски и хрящ суставных поверхностей костей. Это приводит к уменьшению роста на 4–5 см. Движения пожилых людей менее быстры, расчётливы, экономны. У них меняется походка, шаг укорачивается, появляется сутулость.
- Для стареющих людей типичны также явления остеохондроза позвоночника. В старших возрастах они встречаются в 83–98 % случаев. Обычны их клинические проявления в шейном и пояснично-крестцовом отделах. На краях тел позвонков образуются костные разрастания («шпоры») – спондилез.
- Шейный остеохондроз проявляется болями или дискомфортом в области шеи, а при осложнении грыжами или протрузиями дисков боль может также распространяться на плечи, голову и руки. Часто появляются онемение пальцев и мышечная слабость рук. Грудной остеохондроз является причиной болей и дискомфорта в области груди, во внутренних органах, всей поверхности спины и грудном отделе позвоночника.
- Поясничный остеохондроз – самый распространенный вид остеохондроза, боль может появляться в пояснице, распространяться в область ягодиц и в ноги. Поясничный остеохондроз может быть причиной онемения в ногах и нарушения в работе половых и мочеиспускательных органов.

Изменения эндокринной системы

- Половые железы. У женщин одним из основных признаков климактерического периода является постепенное угасание менструального цикла. Это обычно бывает после 45 лет. При нормальном физиологическом климаксе особых изменений в организме не происходит. У мужчин также существует определенный параллелизм возрастных изменений ряда показателей, зависящих от половых гормонов («мужской климакс»). Это сглаживание вторичных половых признаков, ослабление мышечной силы, физическая и психическая слабость, повышение массы тела, холестерина и другое.
- Щитовидная железа. После 50 лет размеры и масса железы постепенно уменьшаются, более заметно к 70 годам. Снижается объем фолликулов, разрастается соединительная ткань, ослабляется кровоснабжение, что может приводить к снижению функции щитовидной железы.
- Поджелудочная железа. При старении наблюдаются структурные изменения островкового аппарата (где вырабатывается инсулин) и снижается биологическая активность инсулина. К тому же с возрастом снижается переносимость (толерантность) организма к углеводам. Это означает, что после приема натошак глюкозы в крови происходит более значительное повышение содержания сахара, чем в молодости, а его исходный уровень восстанавливается медленнее. Все это способствует развитию сахарного диабета.

3.3. Психология общения и взаимодействие с подопечными и их родственниками

Работа с пожилыми людьми и инвалидами считается одной из самых тяжелых: часто встречается разочарование лиц, обеспечивающих уход за ними. Чтобы его избежать, необходимы высокая профессиональная подготовка, понимание и знание психологических особенностей пожилого и старческого возраста.

Особенности психологии людей пожилого и старческого возраста

Психическое здоровье является важнейшим приоритетом в жизни людей. Психическими расстройствами страдает 12–15 % населения. Большинство пожилых людей могут быть причислены к категории «пограничных» больных. Дело в том, что даже одно хроническое заболевание (не важно, в каком возрасте оно приобретается) приводит к так называемым «неврозоподобным состояниям» и к болезненной деформации характера, вплоть до психопатии.

Первые признаки наступающей старости со стороны нервной системы проявляются постепенно. Они проявляются на умственной и физической работоспособности, памяти, эмоциях, сложных поведенческих реакциях и других сторонах жизнедеятельности. Пожилой человек замечает, что у него ухудшилась память, особенно на текущие события, на имена и фамилии, появляется повышенная утомляемость, особенно при умственной работе, изменяется почерк, при письме в слова пропускаются буквы, не дописываются окончания слов. Характерна для пожилых людей забывчивость и рассеянность.

Эмоции у пожилых обычно более сглажены, проявляются уравновешенность и рассудительность, со временем переходящие в мудрость. С другой стороны, старые люди более ранимы, более нуждаются в проявлении заботы и внимания со стороны окружающих. Внутренний мир приобретает для них большую значимость, чем это было раньше.

Психика пожилых людей также терпит изменения: они обидчивы, плаксивы, раздражительны. С приближением старости запасы психической адаптационной энергии обычно уменьшаются. Человек с трудом отказывается от старых привычек и наклонностей, с большой неохотой принимает все новое. Быстрота словесной реакции с возрастом постепенно замедляется. Пожилому человеку труднее высказывать свои мысли и требуется больше слов для их выражения.

Старый человек, как правило, сохраняет свой интеллект, и по данным многочисленных наблюдений, только у небольшого процента старых людей можно отнести ослабление его на счет возраста. Как правило, это период мудрости, когда рассудительность достигает полного расцвета и в то же время сохраняется социальная компетентность. Изменения интеллекта при старении весьма индивидуальны. Есть некоторые способности, которые стойки в процессе старения, не уменьшаются с возрастом и могут даже улучшаться. Речь идет о жизненном опыте, диапазоне знаний, практической сметке, способности находить выход из трудного положения, владении иностранным языком и т. д.

Другие интеллектуальные способности более подвержены увяданию. У пожилых людей в норме несколько снижается скорость мышления и живость ума, что, впрочем, почти не сказывается на их повседневной деятельности.

Эмоции человека – это его эмоциональное отношение к действительности и к самому себе, это совокупность чувств, связанных с окружающими событиями. Пожилые люди склонны к негативным эмоциям, в основе которых лежат различные физиологические и социально-экономические факторы.

В процессе нормального старения важна самооценка человека, которая во многом определяет его поведение. Самооценка – это то, что индивид значит сам для себя. В самохарактеристиках пожилых людей отмечается явный перевес положительных качеств над отрицательными и нарастание не критичности к себе, например, неадекватность самооценки в сторону завышения, заметно обозначенную в позднем возрасте.

С возрастом у человека обычно происходит снижение уровня социальных притязаний, амбиций и стремлений, возникает чувство удовлетворенности прожитой жизнью. В силу действия механизмов психологической защиты прошлое и своя роль в нем нередко идеализируются. Взгляды становятся более консервативными, что, несомненно, имеет свои преимущества как для человека, так и для общества в целом. У части пожилых отмечается некоторое преувеличение своей роли в прошлом

Психические расстройства в пожилом и старческом возрастах

При общении с пожилыми людьми надо знать, какие возможные расстройства психики могут у них встречаться, чтобы вовремя информировать врача или медсестру для оказания необходимой помощи. Однако большинство психических проблем пожилых людей связано с одиночеством, недостаточным общением и уходом.

Страх – это специфическое состояние напряженности и отсутствие чувства безопасности, возникающие как эмоциональные реакции субъекта на существующую угрозу. Страх кроме патологического имеет и физиологический аспект. С его проявлением связан ряд специфических изменений в организме пожилого человека: учащение пульса, изменение частоты дыхания, потоотделение, дрожь во всем теле, сужение кровеносных сосудов и т. п.

Сама перспектива приближающегося конца жизни содержит в себе элемент угрозы, которую надо как-то преодолеть. Различные причины и проявления страха накапливаются в течение всей жизни. В старости под угрозой могут оказаться ценности, которые имеют для субъекта существенное значение: не только само физическое существование, но и духовная свобода (в результате необходимости навязывания себе норм поведения и образа жизни, отличающихся от усвоенных ранее).

Старые женщины склонны к более выраженной тревожности, чем мужчины. Это связано как с худшим их социальным и семейным положением, так и с тем, что мужчины успешнее справляются со своими страхами.

Если семья не помогает старому человеку облегчить его страхи, относясь нередко к ним пренебрежительно, то к прежнему состоянию добавляется чувство непонимания, плохого к нему отношения, обиды. Попытка понять специфический характер духовного распада старого человека и желание ему помочь может стать важным терапевтическим средством. Иногда достаточно душевной беседы, участливого и сочувственного выслушивания старого человека, чтобы добиться улучшения его настроения и контакта с близкими людьми.

Тревожность порождается двумя факторами: чувством вины в сочетании с чувством обиды, а также внутренней напряженностью. Она указывает на то, что пожилой человек не может удовлетворить важных духовных потребностей, чувствует себя одиноким, недоволен собой, часто расстраивается и жалуется. У пожилых мужчин и женщин общий уровень тревожности примерно одинаков. Различие касается только проявлений этого состояния. Следует понимать, что «трудный старик» своим поведением дает понять окружающим, что ему плохо, что не все его потребности удовлетворены. Поэтому его не следует ни преследовать, ни осуждать, а необходимо помочь ему избавиться от трудностей и приобрести душевное равновесие и покой.

Эмоциональные переживания в старости вызывает также сам факт приближения конца жизни и осознание этого факта. Существует зависимость между адаптацией к старости и отношением к смерти. Поэтому очень важно научить пожилого человека правильно описывать и распознавать свое психическое состояние, отличать напряжение страха и тревожности от физических нарушений. Это умение является первым шагом на пути сознательного управления своими эмоциями и преодоление тех из них, которые являются сигналом нарушения связей с другими людьми и с самим собой.

С возрастом заметно уменьшается потребность в сне, пожилые люди гораздо чаще просыпаются среди ночи, чем более молодые. Они жалуются на бессонницу. Сон в жизни пожилого и старого человека более важен, чем для молодых людей. Резервные возможности нервной системы людей старшего возраста значительно снижены и быстро истощаются. Одна ночь, проведенная без сна, сильно отражается на настроении, состоянии психики, нередко ухудшая или стимулируя развитие физической слабости и психической недостаточности. Старый человек нуждается в 7–8-часовом ночном сне, а люди с выраженной астенизацией еще и в дополнительном сне днем. Некоторые пациенты испытывают чувство страха с приближением ночи. Отрицательной стороной длительного приема снотворных (транквилизаторов) является привыкание к ним. Со временем человек, как правило, увеличивает дозировку препаратов. В результате возникает вялость, апатия, адинамия после сна.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие:

- **плохого, однообразного питания и дефицита витаминов.** Пожилой малообеспеченный человек не может покупать разнообразные продукты, ходить по магазинам, готовить себе полноценную горячую пищу и т. д. Как только питание становится более полноценным, явления, напоминающие деменцию, исчезают;
- **низкой температуры воздуха в доме.** Состояние, внешне похожее на деменцию, нередко возникает вследствие низкой температуры воздуха в доме, где живет пожилой человек. Причиной этого, помимо материальных затруднений, может быть также характерная для многих пожилых убежденность, что для здоровья полезно жить в холоде, часто проветривать помещение и т. д. Повышение температуры в жилище, улучшение теплоизоляции и регулярная горячая пища быстро ведут в таких случаях к улучшению умственных способностей и изменению поведения;
- **вследствие избыточного приема лекарств.** Характерный для многих пожилых людей бессистемный и избыточный прием лекарств, особенно снотворных – бензодиазепинов, а также гипотензивных и противоаллергических, ведет к ухудшению умственных функций, вялости и заторможенности. Необходимо тщательно собрать информацию, особенно от родственников, поскольку сами пациенты могут об этом умалчивать, считая такой прием лекарств обычным и вполне нормальным. После прекращения их приема явления, напоминающие деменцию, обычно проходят.

Депрессия является психическим расстройством, которое у людей пожилого возраста встречается намного чаще, чем в другие периоды жизни. Так, эпидемиологические исследования показали, что у лиц в возрасте 65 лет и старше частота случаев депрессии, требующих медицинского вмешательства, достигает 10 %. Многие случаи депрессии у пожилых людей внешне напоминают деменцию (так называемая депрессивная псевдодеменция). Нераспознанные депрессии у пожилых часто ведут к нарастающей социальной изоляции, утрате социальных навыков и нередко – к суициду. Периоды депрессии описывают как наличие подавленного настроения, беспокойства, ощущения пустоты жизни, все кажется малоинтересным, малозначимым. Часто возникает чувство апатии, вялости, незаслуженной обиды.

При большой депрессии больной часто не отвечает на вопросы, не может правильно ориентироваться во времени и пространстве. Депрессивный пожилой пациент всегда сохраняет сознание болезни и свои прежние индивидуальные особенности. Другими словами, если на снижение памяти и интеллекта жалуется сам пациент, но не его близкие, то это депрессия; если же жалуются близкие, но пациент этого не замечает, то это деменция.

Деменция – это приобретенное слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых. Деменция чаще возникает у лиц пожилого возраста. Диагностирует и лечит деменцию психиатр, при необходимости в специализированных психиатрических больницах.

Фрустрационный синдром – это стресс рухнувшей надежды. Каждый пожилой человек проживает непростую жизнь (трудно представить человека, который дожил бы до 60 лет, не испытав ни страданий, ни стрессов). Самое страшное для человека – пережить крах всех своих внутренних ценностей, потерять все то, на что ориентировался, особенно если он похоронил родных и близких, своих детей или супруга. Возникает твердое убеждение о никчемности и бесцельности всей жизни. Фрустрационный стресс может быть основной причиной многих соматических и психических заболеваний, среди которых – артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма, злокачественные опухоли и др. Среди распространенных психических болезней, которым подвержены эти пожилые люди, следует отметить старческий маразм, то есть угасание жизнедеятельности организма вследствие атрофии коры головного мозга. Преодолеть фрустрационный стресс помогает обретение новой цели, позитивная переоценка прожитой жизни, активная культурно-досуговая деятельность, шутка и юмор.

Основные трудности в формировании доверия подопечных к тем, кто осуществляет уход на дому

Профессионалы ухода и волонтеры должны быть подготовлены к тому, чтобы быть терпеливыми и заботливыми к любому, даже очень капризному и надоедливому, пожилому человеку. Конечно, основная часть пожилых людей, которым оказывается помощь на дому, выражает свою искреннюю благодарность медикам и волонтерам, высоко оценивает их труд. Однако нередким является и недоброжелательное отношение, подозрительность, недовольство оказываемыми услугами. Иногда прибегают и к чрезмерному восхищению, восхвалению человека, который осуществляет уход, чтобы добиться от него тех услуг, которые не входят в перечень выполняемых обязанностей.

Выделяют несколько определенных стереотипов поведения пожилых и старых людей:

1. Подчас неприятие помощи в повседневной жизни, недоверие к профессионалам ухода и волонтерам, нежелание быть зависимыми от чужих, посторонних людей.
2. Явные потребительские установки, стремление и настойчивость в получении как можно большего количества услуг со стороны профессионалов ухода и волонтеров, возложение на последних выполнения всех бытовых обязанностей.
3. Недовольство и неудовлетворенность своими жизненными условиями переносится на людей, с которыми пожилые люди непосредственно общаются.
4. Человек, который оказывает уход на дому, воспринимается как объект, который несет ответственность за их физическое здоровье, моральное и материальное состояние.

С другой стороны, сами профессионалы ухода на дому и волонтеры должны обладать определенным набором качеств для общения с пожилыми людьми и инвалидами.

Пожилые люди отмечают следующие качества, необходимые человеку, который оказывает помощь на дому. Их можно разделить на 3 группы:

1. Личностные особенности: доброта, заботливость, честность, отзывчивость, приветливость, терпимость, человечность, общительность, сострадание, бескорыстность, уравновешенность.
2. Навыки общения: внимание к другим, умение выслушать, обходительность, вежливое отношение к людям.
3. Отношение к работе: добросовестность, исполнительность, ответственность, требовательность к себе.

Неприемлемыми для людей, которые оказывают помощь на дому, пожилые люди считают следующие качества:

1. Личностные особенности: нервозность, корысть, душевная черствость, высокомерие, нечестность, жестокость.
2. Навыки общения: грубость, неуважение к старым людям, брезгливость, злость, невежливость, дерзость.
3. Отношение к работе: безразличие к подопечным, постоянная спешка, безответственность, лень, недобросовестность, нежелание помочь, легкомыслие, несобранность, вымогательство.

Таким образом, для преодоления трудностей в формировании доверия подопечных к профессионалам ухода и волонтерам требуется взаимоуважение и стремление понимать друг друга.

Общение с родственниками

Вы можете многое узнать о вашем подопечном, если будете наблюдать за тем, как члены его семьи относятся друг к другу. В то же время, вы не должны вторгаться в их семейный круг и высказывать какие-либо суждения, замечания или принимать в спорах позицию одной из сторон, так как такие действия могут усилить напряжение или усугубить неразрешенные семейные проблемы.

От членов семьи вы можете также получить информацию о вкусах и привычках подопечного: какая его любимая или нелюбимая еда, какую одежду он предпочитает. Вы также можете узнать о семейных и культурных традициях, которые могут оказать большое влияние на уход за вашим подопечным. Члены семьи могут рассказать вам о его прошлой работе и увлечениях.

При общении с родственниками человек, оказывающий уход на дому, должен учитывать, что часто близкие пациента, озабоченные состоянием его здоровья, особенно в начале заболевания, представляют все в самых мрачных красках, нередко раздражаются и обвиняют медицинских работников в недостаточном внимании к своему близкому и т. д. Родственникам необходимо время, чтобы разобраться в том, что происходит и будет происходить с их близким, тогда у них будет меньше отрицательных эмоций.

С другой стороны, человек, который осуществляет уход на дому, должен вовремя распознать признаки насилия над своим подопечным со стороны родственников с асоциальным поведением и проводить профилактические мероприятия по защите своих подопечных.

Прекращение неадекватного поведения

Большинство ваших подопечных ценят то, что вы для них делаете, и пытаются вам всесторонне помогать. Встречаются, однако, случаи, когда подопечный может на вас закричать, плюнуть или выругаться. Кто-то может оскорбить вас, сделав замечание по поводу вашей национальности или пола.

Когда ваш подопечный ведет себя неправильно, вполне естественно, что вы при этом расстраиваетесь, сердитесь, стыдитесь или разочаровываетесь. Ваши эмоции естественны и понятны, но никогда нельзя позволять себе реагировать на эти отрицательные эмоции, выносить их на поверхность.

Если вы считаете, что в данной ситуации вы правы, вы можете выйти из комнаты и вернуться тогда, когда вы и ваш подопечный успокоитесь. Когда вы возвратитесь, скажите подопечному, что вам кажется, что он расстроен. Сказав это, вы делаете уместным разговор о том, что его беспокоит, а это, в свою очередь, может остановить его негативные или вредные действия.

Когда ваш подопечный ведет себя неподобающим образом, попытайтесь игнорировать его поведение. Иногда человек плохо себя ведет для того, чтобы привлечь внимание. Если вы будете обращать на такое поведение слишком много внимания, оно может умышленно повториться. Если вам кажется, что кто-либо из ваших подопечных пытается привлечь внимание плохим поведением, обращайтесь на него больше внимания только тогда, когда он ведет себя достойно.

Если подопечный совершает поступки, которые могут причинить вред, сообщите об этом медсестре или социальному работнику.

Больной или травмированный человек зачастую ведет себя плохо по отношению к людям, которых он видит чаще всего, даже в том случае, когда его расстроило что-либо или кто-либо другой. Старайтесь не воспринимать чье-либо плохое поведение как личное оскорбление:

- Дышите глубоко. Сделайте глубокий вдох и посчитайте до 10 или 20. Продолжайте делать глубокие вдохи до тех пор, пока не успокоитесь и не возьмете себя в руки.
- Выйдите из комнаты. Если вы боитесь, что можете сказать или сделать что-либо неподобающее, выйдите из комнаты. Разумеется, вы можете это сделать только в том случае, если пациент находится в безопасности. Если можете, продолжайте выполнять свои обязанности.
- Если вы слишком расстроены и не можете подобающим образом выполнять ваши обязанности, сделайте перерыв на несколько минут. Совершите небольшую прогулку, выпейте глоток воды или подышите свежим воздухом.
- Поговорите с кем-нибудь. Расскажите человеку, пользующемуся вашим доверием, о своих чувствах. Во время разговора придерживайтесь уважительного отношения к достоинству человека, о котором вы говорите, даже в случае, если этот человек проявил к вам неуважение.
- Поговорите с подопечным. Дайте вашему подопечному знать, что, несмотря на то, что вы расстроены его поведением, вы по-прежнему будете заботиться о нем.

3.4. Основы безопасности при осуществлении ухода на дому

Для большинства людей безопасность означает защищенность и удобство. Мы все нуждаемся в крове, в одежде, в надежности и в близком человеке, который может нам оказать помощь. Каждый человек чувствует себя более защищенным, когда выполнены его индивидуальные требования в безопасности. Оказывая ему содействие, вы также завоевываете его доверие. Заботясь о безопасности подопечного, деликатно расспросите его и членов его семьи о том, что дает ему возможность почувствовать себя в безопасности.

При организации ухода на дому необходимо обеспечить безопасность как подопечного, так и лица, оказывающего ему помощь. Виды безопасности при уходе на дому:

- общая безопасность помещения подопечного;
- пожарная безопасность;
- инфекционная безопасность (инфекционный контроль).

Общая безопасность помещения подопечного

Правила, которые помогут вам обеспечить безопасность подопечного и уберечь себя от опасности:

1. Уберите все препятствия с пола и от дверей.
2. Немедленно вытирайте пролитую на пол жидкость; в случае надобности проводите дезинфекцию.
3. Старайтесь ходить, а не бегать.
4. Храните все лекарства и моющие вещества в закрытых на замок столах и шкафах.
5. Контролируйте температуру водопроводной воды: для обычных целей температура горячей воды не должна превышать 48,9 °С.
6. Проверяйте температуру пищи – она не должна быть слишком горячей. Если от пищи идет пар или тарелка настолько горяча, что до нее невозможно дотронуться, подождите, пока пар не исчезнет или тарелка немного не остынет, а затем подавайте еду на стол.
7. Проверяйте, прочно ли закреплены перила и опорные ручки, за которые держатся подопечные.
8. Убеждайте подопечных при пользовании душем, туалетом, а также во время ходьбы по коридору пользоваться перилами и опорными ручками.
9. Если человек носит очки, убедитесь в том, что стекла чистые.
10. Если ваш подопечный использует слуховой аппарат, проверьте, находится ли он в исправном состоянии; и убеждайте пациента пользоваться им в случае необходимости.
11. Обращайтесь с подопечными бережно, особенно с детьми и стариками. Их нежная кожа легко травмируется.
12. Ночная лампа всегда должна гореть во время сна подопечного (если он не возражает).
13. Подопечные должны быть хорошо знакомы с окружающей обстановкой.
14. Сообщайте о любом инциденте с подопечным (таком как травма, несчастный случай и т. п.) медсестре или социальному работнику. Ваш полный отчет об инциденте должен содержать ответы на следующие вопросы:
 - Когда произошел инцидент (время, дата)? Где произошел инцидент?
 - Что послужило причиной происшествия? (Например, была ли разлита вода на полу?)
 - Имя человека, с которым произошел инцидент. Получил ли этот человек травму?
 - Был ли человек, вовлеченный в инцидент, в ясном сознании до и после случившегося?
 - Сопровождал ли кто-нибудь пострадавшего, или он в момент случившегося находился один?
 - Были ли свидетели происшедшего? Если да, то кто эти люди? Кто помог пострадавшему или кто оказал ему первую помощь? Какое содействие или какой вид первой помощи был оказан? Был ли вызван врач?

Включите в свой отчет дополнительную информацию, которая может быть необходима или полезна.

Особое внимание нужно уделять лекарственным препаратам. Место, где хранятся лекарства, можно менять только с разрешения подопечного. Дополнительный запас медикаментов следует хранить в отдельном шкафчике. Лекарственные средства, предназначенные для ежедневного приема, должны лежать на видном месте (например, на тумбочке около кровати).

Таблица 3.5. Безопасность помещения подопечного

Потенциальная опасность	На что обратить внимание	Что предпринять
Пожарная опасность	Огнетушители, дымовые детекторы, легковоспламеняющиеся объекты (например, моющие средства и краски), нагревательные приборы	Посмотреть, надежно ли хранятся легковоспламеняющиеся предметы. Убедиться в том, что нагревательные приборы используются с соблюдением правил безопасности. Следить за целостностью электрошнуров, и, если заметите неполадки, сообщить об этом подопечному и членам его семьи.
Предметы, о которых можно споткнуться и упасть	Коврики, неприбитые ковровые настилы на полу, электрические удлинители, низкие предметы мебели	Обойти квартиру и посмотреть, нет ли в ней таких мест, где человек может споткнуться или упасть.
Лекарства	Этикетки, срок годности	Посмотреть, на всех ли упаковках с лекарствами имеются этикетки с четкими надписями. Если обозначенный на этикетке срок годности препарата истек, поставьте об этом в известность подопечного и врача. Проверьте, чтобы лекарства хранились вдали от мощных источников тепла, света или влаги. Не храните лекарства на подоконниках или на столах.
Освещение	Лампы, ночные светильники	Проследить за наличием достаточного освещения, которое позволяло бы подопечному без труда передвигаться по дому, а также за тем, чтобы там, где это необходимо, были установлены ночные светильники.
Двери и окна	Замки, маршруты эвакуации	Проверить, чтобы на дверях и окнах были хорошие запоры, которые должны всегда закрываться. Обеспечить к дверям и окнам свободный доступ, при необходимости их срочно открыть.
Ванная комната	Температура воды, скользкие поверхности, перила, моющие и чистящие средства, пол, бытовые электрические приборы	Убедиться в том, что горячая вода имеет температуру: не выше 48,9 °С. Проверить, чтобы опорные поверхности ванны или душа не были скользкими. Чистящие средства должны быть убраны. Убедиться, что в ванной нет предметов, которые могут разбиться (например, стеклянных бутылок или стаканов). Пол должен быть в хорошем состоянии – на нем не должно быть оторванных плиток и влажных участков. Проследить за тем, чтобы все небольшие бытовые электроприборы (такие как радиоприемники, электрические зубные щетки, бритвы и фены) либо работали от батареек, либо не были включены в розетку.
Кухня	Ткани, моющие и чистящие средства, электроприборы, пол, чистота помещения	Проверить, чтобы шторы, полотенца, моющие средства и другие горючие легковоспламеняющиеся предметы не находились вблизи кухонной плиты. Небольшие бытовые электрические приборы (например, тостеры или электрические чайники) должны быть в исправном состоянии: чтобы электрошнур не были потрепаны, и чтобы не было других признаков, свидетельствующих об опасности поражения электрическим током. Плита не должна использоваться для обогрева дома. Пол должен быть чистым, на нем не должно быть мусора и незакрепленных плиток. Следует поддерживать в помещении кухни чистоту и своевременно проводить ее санитарную обработку.
Спальня	Высота кровати, медикаменты	Проверить, выполняются ли правила безопасности при пользовании электрическим одеялом или нагревательным прибором. Проследить, чтобы на полу не лежали тапки или другие вещи, о которые можно споткнуться. Убедиться в том, что кровать подопечного не слишком высока или низка для него, а имеет как раз такую высоту, которая позволяет ему без труда лечь или встать с нее. Лекарства должны храниться надлежащим образом.

Правила безопасности при использовании оборудования и средств по уходу:

- внимательно изучите все инструкции или правила пользования тем или иным медицинским оборудованием или инвентарем;
- убедитесь, что вы правильно поняли принцип действия оборудования;
- периодически проверяйте исправность оборудования;
- при использовании ходунков, костылей, тростей периодически проверяйте их прочность, прочность сочленений, целостность наконечников;
- если у подопечных имеются на кроватях боковые перила, убедитесь в том, что вы знаете, как обращаться с ними. После того, как боковые перила будут подняты или опущены, проверьте, надежно ли они закреплены;
- если существует вероятность того, что подопечный, за которым вы ухаживаете, упадет с кровати и предотвратить это невозможно, используйте низкую кровать или, в крайнем случае, положите на пол рядом с кроватью матрац. Отлучаясь от подопечного, который лежит на функциональной кровати, всегда опускайте кровать в самое нижнее положение;
- все средства передвижения больного, имеющие колеса: каталка, кресло-каталка, функциональная кровать и др. – должны иметь функционирующие тормоза. Перед использованием этих средств убедитесь, что вы знаете, как работают тормоза и что они исправны. Во время пересаживания или переключивания больного тормоза должны быть зафиксированы. Если вы вынуждены оставить на время человека, находящегося на колесном средстве передвижения, то прежде, чем отойти от больного, вы должны зафиксировать тормоза.

Пожарная безопасность

- На кухне, где живет пожилой человек, вынужденный самостоятельно готовить себе пищу, при наличии газовой плиты конфорки заднего ряда должны быть отключены, и пожилой человек должен знать, что они не работают. Это надо делать для того, чтобы предотвратить загорание рукавов одежды, когда, пытаясь зажечь заднюю конфорку, пожилой человек тянется через зажженную конфорку переднего ряда и одежда загорается. Напомним, что реакция на такую ситуацию у пожилых людей часто бывает неадекватная, и вместо того, чтобы сбить пламя, пожилой человек начинает бегать с горящими рукавами по квартире, в результате чего получает очень сильные ожоги;
- Рядом с кухонной плитой не должно быть легковоспламеняющихся предметов: штор, полотенец, моющих средств и др.;
- Курящие больные, находящиеся на постельном режиме, должны курить только в присутствии других лиц;
- Прячьте спички от больных, страдающих слабоумием;
- Нельзя курить рядом с больным, пользующимся кислородной подушкой.

Вам должно быть известно, где расположены устройства пожарной сигнализации и огнетушители и как с ними обращаться. Где бы вы ни работали – в доме по уходу за престарелыми или у кого-то на дому – пожарная сигнализация и дымовые детекторы должны быть в рабочем состоянии для подачи сигнала о пожаре. Чтобы погасить пламя, необходимо иметь огнетушители. Используйте вышеперечисленное, руководствуясь следующими правилами:

1. Местонахождение устройств пожарной сигнализации и огнетушителей и методы работы с ними должны быть вам известны.
2. Вы должны знать, где находятся двери для эвакуации людей в случае пожара, и не загромождать эти выходы.
3. Вам должен быть известен маршрут эвакуации в случае пожара. В домах по уходу за престарелыми такие маршруты обычно вывешивают в каждой комнате или же в каждом отделении. Никогда во время пожара не пользуйтесь лифтом.

Выявляйте и устраняйте ситуации, которые могут привести к пожару. Визуально, а также руководствуясь здравым смыслом, определяйте предметы, которые необходимо удалить по причине пожароопасности или потому, что они будут создавать препятствия при эвакуации. При этом руководствуйтесь следующими правилами:

1. Немедленно убирайте сваленные в беспорядке предметы или докладывайте о них. Разбросанные на полу, в коридорах и возле дверей вещи представляют угрозу безопасности, создают условия для возникновения пожара и препятствуют в случае эвакуации людей.
2. Вы должны уметь открывать окна.
3. Вам должно быть известно о наличии любых источников открытого пламени, таких как газовые водонагреватели, печи и воздухонагреватели. Легковоспламеняющиеся материалы, например краски или одежду, храните вдали от электрических воздухонагревателей или нагревательных электроприборов, таких как кофеварки, так как эти устройства содержат спирали, которые, оставаясь в течение определенного времени горячими, способны вызвать пожар. Не складывайте легковоспламеняющиеся материалы, например моющие средства и газеты, рядом с печами и водонагревателями. Держите шторы, кухонные полотенца и тряпочные прихватки вдали от горелок кухонных печей, так как ткань, из которой они изготовлены, может легко воспламениться.
4. Будьте внимательны к возможной пожарной опасности, исходящей от электрического оборудования, например от изношенных электрошнуров и перегруженных электрических розеток. В случае обнаружения такой опасности примите соответствующие каждому конкретному случаю меры, то есть устраните возможную причину пожара или доложите о существующей опасности.

Соблюдение плана пожарных мероприятий

Находясь в здании, охваченном пожаром, соблюдайте сами и постарайтесь предупредить других о необходимости соблюдать такие правила:

1. Прежде чем открыть какую-либо дверь, прикоснитесь к ней тыльной стороной руки. Если дверь горячая, не открывайте ее. Выходите из помещения другим путем. Если дверь холодная, начинайте медленно ее открывать. Если, приоткрыв дверь, вы заметили густой дым, дверь необходимо закрыть.
2. Передвигайтесь, пригнувшись к полу, – так легче дышать, т. к. дым всегда поднимается вверх.
3. Для эвакуации из горящего здания используйте лестничные марши, но не лифты.
4. Если на вас или на ком-то другом загорелась одежда, необходимо остановиться, лечь на пол или на землю и перекачываться с живота на спину до полного тушения пламени, а затем – охладить водой обожженные места.

Таблица 3.6. Правила безопасности при использовании электрического оборудования

Делайте всегда	Не делайте никогда	Почему?
Тщательно высушивайте руки перед работой с электроприборами.	Не вытаскивайте электроприборы из воды без специальной защиты для рук.	Протекающий по воде электрический ток может убить вас.
Включайте электроприбор в розетку, расположенную недалеко от того места, где вы будете использовать этот прибор.	Не используйте удлинители (кроме экстренных случаев).	Провод может попасть кому-нибудь под ноги или перегрузить цепь и привести к прекращению подачи электроэнергии или к пожару.
При работе с электроприборами выполняйте приложенные к ним инструкции.	Не используйте электроприборы, предварительно не обучившись работе с ними и не чувствуя себя при этом уверенно.	Если вы неправильно эксплуатируете оборудование, вы можете травмировать себя и пациента.
Работайте только с чистым и отремонтированным оборудованием.	Не работайте с дефектным или вышедшим из строя оборудованием и никогда не разрешайте пациенту использовать предметы и устройства личного пользования, которые представляют опасность.	Применение неисправных или дефектных устройств и приспособлений может привести к тяжелым травмам и у вас, и у пациента, за которым вы ухаживаете.
Храните оборудование во встроенных в стены шкафах или в неиспользуемых для прохода помещениях.	Не храните оборудование в коридорах или других местах, где ходят люди.	Оборудование, хранящееся в непредназначенных для этого местах, загромождает проходы и препятствует свободному движению.

Инфекционная безопасность (инфекционный контроль)

Основные требования инфекционного контроля:

1. **Соблюдение чистоты.** Необходимо стремиться соблюдать чистоту во всем: чистым должно быть тело, нательное и постельное белье больного; помещение, где находится пациент.
2. **Предотвращение распространения инфекции.** В процессе ухода за тяжелыми больными у вас обязательно будет скапливаться инфицированный отработанный материал: памперсы, перчатки, ватные шарики и др. Все они могут стать переносчиками инфекции, а в случае заражения и заболевания – источниками инфекции. Мы обязаны предупредить распространение инфекции. С этой целью весь отработанный материал перед сбросом в контейнер необходимо продезинфицировать, затем собрать в полиэтиленовые пакеты для мусора и плотно их завязать.
3. **Обеспечение собственной безопасности.** С кровью больного и другими жидкими средами организма (слюна, моча, желчь) могут передаваться многие инфекционные агенты. Вы должны всегда относиться к крови больного и жидким средам организма как к потенциально зараженным. Все вышеперечисленные вирусы могут проникать в организм человека через микротравмы, трещины и ссадины на коже. Поэтому при всех контактах с кровью и жидкими средами больного вы должны надевать защитные средства (халат, фартук, перчатки). Все порезы, ссадины до начала работы должны быть заклеены водонепроницаемым пластырем. После выполнения манипуляций, при которых происходил контакт с поврежденной кожей и слизистой, необходимо тщательно вымыть руки, применяя дезинфицирующий раствор, при его отсутствии вымыть руки водой с мылом, затем обработать спиртом или водкой. Перчатки замачивать в дезинфекционном растворе.

После выполнения манипуляций, при которых происходил контакт с неповрежденной кожей и слизистой, достаточно вымыть руки водой с обычным мылом. Для мытья рук лучше использовать жидкое мыло с глицерином, которое защищает ваши руки от сухости и образования трещин, через которые также могут проникать патогенные микробы.

Ежедневные меры профилактики

Во время работы снимите с рук все украшения. Крошечные углубления на поверхности ювелирных изделий служат хорошим местом для размножения микробов.

Ногти на руках держите коротко подстриженными и с помощью маникюрной щеточки или пилки вычищайте из-под ногтей грязь.

Чтобы не допускать распространения болезнетворных микробов, нужно следовать нижеприведенным правилам:

- **Регулярно мойте руки.** Вы должны мыть руки:
 - приходя на работу;
 - перед и после контакта с подопечным;
 - после посещения туалета;
 - после кашля, чиханья или сморкания;
 - перед приготовлением или раздачей пищи;
 - после курения;
 - перед тем, как прикасаться к чистому белью;
 - после любых манипуляций с грязным бельем;
 - перед уходом с работы домой;
 - в любом другом случае, когда вы считаете это необходимым.

Как правильно мыть руки:

- Поскольку мыть необходимо и кисти рук, и запястья, сдвиньте ваши часы выше запястья или снимите и положите их в карман, или прикрепите булавкой к халату.
- Чтобы открыть водопроводный кран, беритесь за него через чистую бумажную салфетку (бумажное полотенце), чтобы избежать прямого контакта с имеющимися на кране микробами.
- Пользуйтесь бактерицидным жидким мылом, а не куском мыла для общего пользования. При использовании обычного кускового мыла споласкивайте его водой до и после мытья рук.

- Мойте руки под проточной водой, причем держите их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей (в этом положении вода течет от чистой зоны к грязной).
- Интенсивно трите руки друг о друга, чтобы образовалась мыльная пена, которая поможет удалить с рук грязь и микробы. Мойте руки не менее 10 с.
- Вымойте сначала оба запястья, затем ладонную и тыльную поверхности кистей, межпальцевые промежутки, ногтевые ложа.
- Ополосните руки под проточной водой, закрывая водопроводный кран, беритесь за него через салфетку или бумажное полотенце. Тщательно высушите руки во избежание появления на коже трещин. Пользуйтесь только индивидуальным чистым полотенцем.

- **Правильно питайтесь.** Для поддержания своего здоровья питайтесь рационально.
- **Поддерживайте чистоту.** Соблюдайте личную гигиену. Помогайте подопечному в осуществлении гигиенических процедур. Следите, чтобы помещение, в котором он находится, было всегда чистым. Грязь, а также некоторые виды микробов можно смыть с поверхности предметов водой с мылом. Другой способ удаления болезнетворных микробов – это дезинфекция погружением предмета в дезинфицирующий раствор. Дома у подопечного предметы длительного использования можно продезинфицировать, прокипятив их в воде в течение 30 мин или погрузив их в растворы дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в Республике Беларусь. В домашних условиях можно использовать для дезинфекции хлорсодержащий раствор «Белизны», моющие средства, хозяйственное мыло, стиральные порошки, соду. Для уничтожения всех микроорганизмов необходима стерилизация предмета газом или жидкими средствами (химическая стерилизация), или сухим жаром, или насыщенным паром под давлением в специальных условиях.

Не держите грязное постельное белье рядом с вашей рабочей одеждой. Не перекладывайте грязные или зараженные предметы. Не допускайте распространения инфекции при переносе с места на место грязного белья, одежды и других предметов медицинского и бытового назначения.

Грязное постельное белье складывайте в мешки. Упаковав его в специально предназначенные для этого мешки, относите в помещение, находящееся за пределами комнаты, в которой находится подопечный. Сырое или загрязненное выделениями белье складывайте в непромокаемые мешки.

Следите за тем, чтобы предметами личного пользования не пользовался никто, кроме человека, которому они принадлежат. Не допускайте коллективного пользования такими индивидуальными предметами, как подкладные судна, мочеприемники, тазы для мытья, лоточки для рвотных масс, зубные щетки, полотенца, расчески. Накрывайте подкладные судна и мочеприемники. Чтобы не разлить содержимое суден и мочеприемников, всегда закрывайте их при переносе с одного места на другое.

Умейте распознать симптомы инфекционного заболевания. Будьте внимательны к появлению любых симптомов инфекционного заболевания и немедленно ставьте об этом в известность врача поликлиники или медсестру.

Общие симптомы инфекционного заболевания:

- высокая температура;
- покрасневшие или слезящиеся глаза;
- заложенный нос;
- кашель;
- головная боль;
- боль в горле;
- покрасневшее лицо;
- потеря аппетита;
- тошнота;
- боль в желудке;
- рвота;
- понос;
- мутная моча или моча с запахом;
- боль в суставах;
- боль в мышцах;
- высыпания на коже;
- воспаленные места на коже;
- покраснение вокруг раны или пореза;
- выделения из раны или пореза;
- отек.

Общие меры предосторожности:

1. Надевайте на руки латексные перчатки.
2. Немедленно и тщательно мойте руки и поверхность кожи на других частях тела при загрязнении их биологическими жидкостями или после контакта с возможно зараженными предметами.
3. Когда требуется, носите защитную одежду, например халат и маску.
4. Будьте осторожны при работе с острыми инструментами.
5. Если у вас на руках есть свежие порезы или мокнущие ссадины, надевайте на руки перчатки.
6. Немедленно собирайте разлитую кровь или другую биологическую жидкость.
7. Будьте аккуратны при обращении с постельным бельем.
8. Тщательно изолируйте зараженные предметы и материалы.
9. Собирайте отходы (бинты, вату и т. п.) в непромокаемые пакеты.

Меняйте перчатки и мойте руки после каждого контакта с подопечным. Инфицированный перевязочный материал берите, предварительно надев перчатки. Если вы "правша", то первой надевают правую перчатку, а снимают левую. Прежде чем надевать перчатки, осторожно проверьте их: вы должны быть уверены, что они целы.

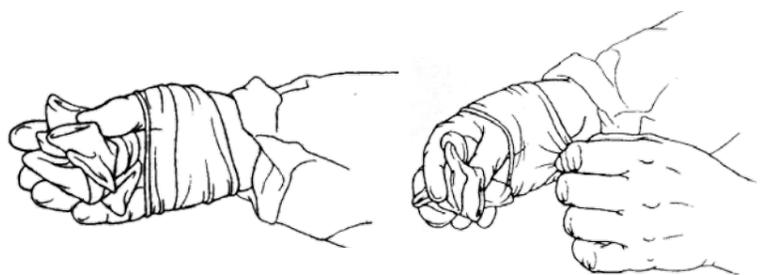
Правила надевания и снятия средств защиты

Бережно наденьте перчатки так, чтобы они покрывали нижнюю часть рукавов халата.

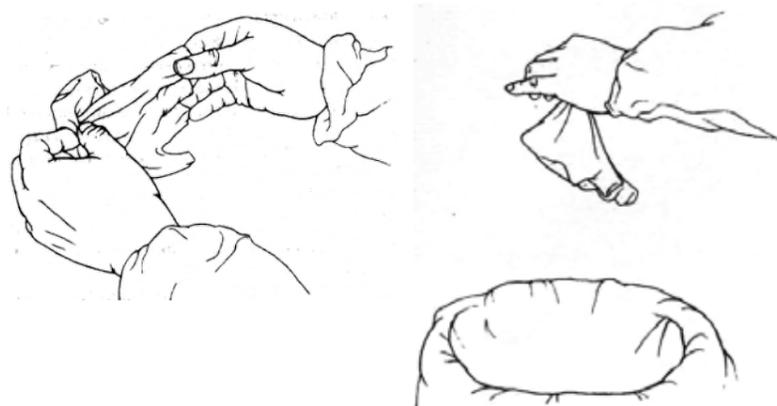
Чтобы снять использованные перчатки, пальцами левой руки (в перчатке!) сделайте отворот на правой перчатке, касаясь ее только с наружной стороны. Пальцами правой руки сделайте отворот на левой перчатке, касаясь ее только с наружной стороны, и снимите перчатку с левой руки, выворачивая ее наизнанку и держа за отворот.



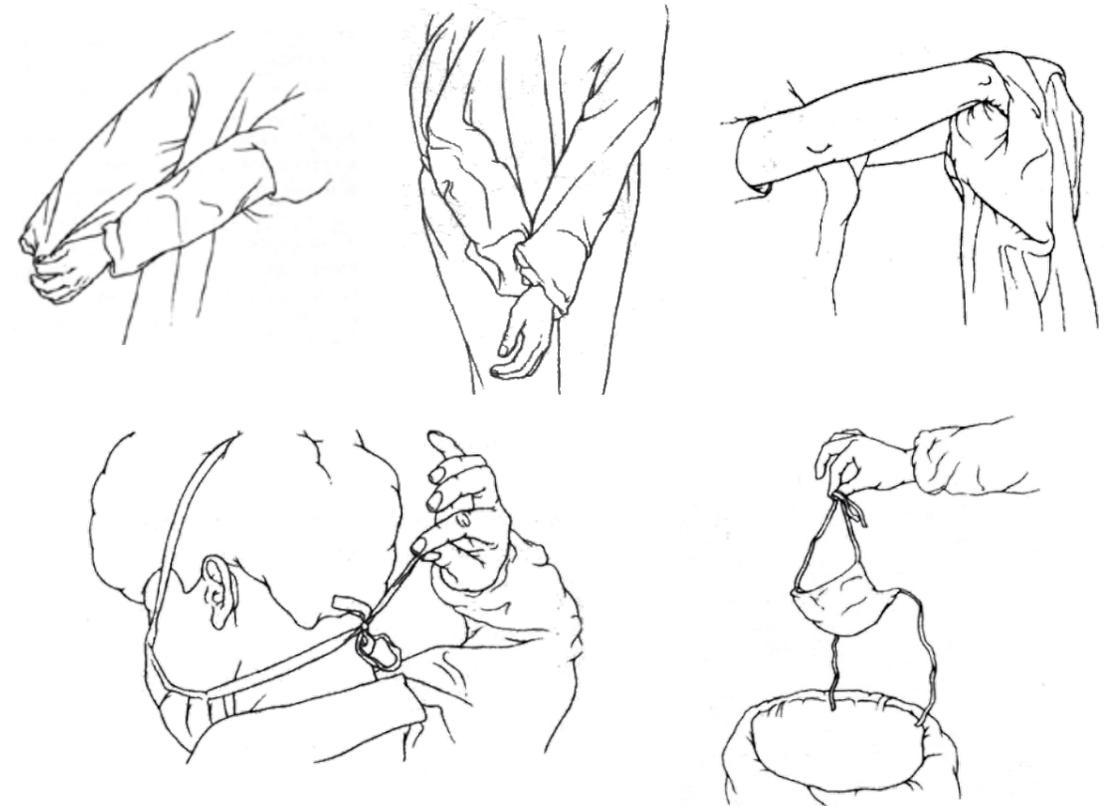
Держите снятую с левой руки перчатку в правой руке.левой рукой возьмите перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снимите перчатку с правой руки, выворачивая ее наизнанку.



Обе перчатки (левая оказалась внутри правой) поместите в дезинфицирующий раствор (если они многоразовые) или выбросьте в непромокаемый мешок.



Снимая халат, касайтесь руками только нижней части рукавов, так как они были защищены перчатками и остались чистыми. Снимая халат со второй руки, выверните его наизнанку. Снимая маску, держите ее только за завязки.



Безопасность при общении с психически больным человеком:

- В случаях, когда больной самостоятельно включает газ на кухне, необходимо снабдить трубу, приводящую газ в квартиру, вентилем со снимающейся головкой. Уходя из кухни, головку вентиля надо уносить с собой;
- При наличии выраженного возбуждения больного или высказывания им суицидальных мыслей нельзя оставлять больного одного в помещении, во время возбуждения путь к окну должен быть прикрыт ухаживающим;
- Все лекарства должны быть спрятаны от больного в надежном месте;
- Все средства бытовой химии должны находиться под замком;
- Прием лекарств должен осуществляться в присутствии второго лица. После приема лекарств необходимо проверять полость рта больного, не спрятал ли он в углах рта таблетки для того, чтобы в дальнейшем, накопив их в достаточном количестве, принять одномоментно;
- Следить за тем, как больной ест. В случае отказа от еды решить вопрос с лечащим врачом о способах кормления больного;
- Убрать в квартире во всех внутренних помещениях замки с дверей;
- Говорить с больным надо ровным, спокойным голосом, воздерживаться от возражений;
- Острые, колющие, режущие предметы должны быть удалены;
- Выходящему на улицу больному с нарушением памяти необходимо вкладывать в карманы записку с указанием фамилии, имени, отчества, адреса, домашнего телефона и телефона близких людей.

3.5. Взаимодействие волонтеров с медсестрой милосердия при уходе за подопечными на дому

Медсестры милосердия СММ БОКК понимают важность работы волонтеров для оказания помощи большему числу нуждающихся людей, обучены принципам работы с волонтерами. Медсестра милосердия подбирает волонтеров из разных групп (студенты, учащиеся, работающие, пенсионеры), которые смогут оказывать регулярную помощь на дому, проводит их обучение, контролирует их работу, совместно с другими сотрудниками БОКК организует мотивационные мероприятия. При осуществлении ухода на дому очень важно постоянное взаимодействие профессионалов, обеспечивающих его (медсестра, врач, социальный работник), и непрофессионалов ухода (волонтеров, родственников, соседей), которые обеспечивают неформальный уход на дому, для оказания качественной и всесторонней помощи нуждающимся людям.

Этапы организации работы волонтеров ССМ БОКК:

1. Волонтеры, которые могут оказывать уход на дому, заполняют анкету, где они указывают свои данные, отмечают, каким группам нуждающихся людей они хотели бы и могут оказывать помощь. Они знакомятся с Уставом и Кодексом этики БОКК, с принципам деятельности Красного Креста и обязуются следовать этим принципам.
2. Нуждающиеся люди (подопечные) сами или с помощью медсестры также заполняют анкету, где они отмечают, какую помощь они хотели бы получить от волонтера, с волонтером какого возраста они хотели бы общаться и т. д.
3. Медсестра милосердия обучает волонтеров принципам деятельности Красного Креста, основам ухода на дому как на специально организуемых тренингах, так и в индивидуальном порядке.
4. Первое посещение волонтера на дому всегда должно осуществляться в присутствии медсестры милосердия или сотрудника районной организации БОКК, где медсестра знакомит волонтера и подопечного, оговаривается, какая помощь нужна конкретному человеку, как часто волонтер может посещать подопечного и когда.
5. Между районной организацией БОКК и волонтером или волонтерской группой заключается соглашение, где оговаривается, какие виды услуг (согласно перечню кодов видов деятельности ССМ БОКК) волонтер сможет оказывать данному нуждающемуся человеку, как часто и на какой период.
6. Медсестра милосердия организует и постоянно контролирует работу волонтеров, в свою очередь волонтер должен информировать медсестру милосердия о любых изменениях своего графика посещения, а также о состоянии подопечного и выполненной работе.
7. Волонтеры отмечают выполненные услуги в дневнике учета работы волонтеров, чтобы можно было оценить количество оказанных услуг и показать эффективность работы ССМ БОКК.

ГЛАВА 4. Оказание услуг индивидуального ухода на дому

4.1. Наблюдение за подопечными при уходе на дому

Человек, который осуществляет уход на дому, должен уметь оценить состояние своего подопечного, чтобы вовремя сообщить медсестре или врачу об изменениях в его состоянии. Температура, пульс, частота дыхания и артериальное давление являются важнейшими показателями жизнедеятельности организма. Зная значения этих жизненных показателей, можно судить о состоянии пациента, за которым вы ухаживаете.

Измерение пульса

Пульс является одним из показателей работы сердечно-сосудистой системы. Частота сердечных сокращений зависит от разных условий и может существенно изменяться под воздействием внешних факторов. У здорового взрослого человека пульс в покое составляет 60–80 ударов в мин, у спортсменов он может быть меньше 60 ударов в мин. У детей частота пульса выше, чем у взрослых, и чем младше ребенок, тем чаще бьется его сердце. В норме частота пульса у шестилетнего ребенка составляет 70–110 ударов в мин, а у новорожденного пульс превышает 140 ударов в мин. С повышением температуры тела частота пульса также увеличивается. Это естественная реакция организма, связанная с тем, что при увеличении температуры тела на 1 градус частота сокращений сердца увеличивается в среднем на 8–10 ударов в мин.

Немедленно сообщайте врачу или медсестре о любых выявленных нарушениях ритма, а также о частоте пульса в покое менее 60 или более 100 ударов в мин. Нерегулярный ритм, очень низкая или высокая частота пульса могут свидетельствовать о серьезных нарушениях деятельности сердца.

Места измерения пульса – название артерии и ее точное расположение:

- плечевая – в локтевом сгибе;
- сонная – на шее, сбоку от Адамова яблока (щитовидного хряща гортани);
- бедренная – в паховой складке;
- тыльная стопы – в верхней части тыла стопы в межплюсневом промежутке;
- лучевая – на внутренней поверхности запястья у основания большого пальца;
- височная – на боковой поверхности головы у наружного угла глаза.

Последовательность действий при измерении пульса на лучевой артерии:

Подготовка к процедуре:

1. Скажите подопечному, что вы собираетесь исследовать его пульс. Если вы проводите исследование пульса у данного подопечного впервые, спросите, знает ли он, как это делается, если не знает, объясните ему.
2. Подготовьте часы с секундной стрелкой или секундомер, бумагу, карандаш.
3. Вымойте руки.

Выполнение процедуры:

1. Скажите подопечному, чтобы он сел или лег и расслабился.
2. Положите указательный, средний и безымянный пальцы на область лучевой артерии так, чтобы ваша кисть охватывала запястье подопечного со стороны его большого пальца, а ваш большой палец находился на стороне тыла кисти.
3. Слегка прижмите артерию и ощутите ее пульсацию.
4. Возьмите часы или секундомер.
5. Исследуйте ритм пульсации артерии в течение 30 с.
6. Подсчитайте количество пульсовых ударов за 30 с (если пульс ритмичный) и умножьте полученную цифру на 2. Если пульс неритмичный, подсчитывайте его частоту в течение 1 мин.
7. Сообщите человеку результат.
8. Запишите результат определения ритма и частоты пульса.



Измерение температуры тела

Температура тела неодинакова у разных людей, особенно в различных возрастных группах. Температура тела одного человека обычно слегка изменяется в течение дня. Как правило, она немного ниже утром, после сна, когда функции организма замедленны, и выше – в полдень и к вечеру, после активной деятельности. Помимо прочих причин, на температуру тела могут влиять эмоциональные нагрузки: температура может несколько подниматься при увеличении эмоциональных нагрузок и снижаться – при депрессии. Температура тела может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от температуры и влажности воздуха.

Обычно измерение температуры тела проводится 2 раза в день (в 7–9 часов утра и в 17–19 часов вечера). Как правило, систематическое измерение температуры тела 2 раза в день дает возможность получить представление об ее суточных колебаниях, поэтому измерять температуру через более короткие промежутки нет необходимости.

Основные места измерения температуры тела:

- в подмышечной впадине;
- в полости рта;
- в прямой кишке.

Виды термометров для измерения температуры тела:

- ртутные;
- электронные;
- инфракрасные: лобные, ушные, бесконтактные (измеряют температуру в течение 2–7 секунд), чаще используются у детей.

Таблица 4.1. Характеристики способов измерения температуры тела

Параметры	Места измерения температуры тела		
	в подмышечной впадине	в полости рта, под языком	в прямой кишке
Продолжительность измерения	5 минут электронным	3 минуты электронным	1–3 минуты электронным
	7–10 минут ртутным	5 минут ртутным	3 минуты ртутным
Нормальная температура	36,0 до 37,0 °С	36,3–37,3 °С	36,5–37,7 °С
Условия измерения	Подмышечная область должна быть сухой и освобождена от одежды, термометр должен плотно прилегать к коже.		Не должно быть запоров или поносов, заболеваний прямой кишки, пациент лежит на одном боку, перед введением необходимо смазать термометр вазелином.
Преимущества	• удобно пациенту.	• довольно надежный; • короткая продолжительность измерения.	• дает наиболее точные результаты – температура ближе всего к температуре внутренних органов; • краткая продолжительность измерения.
Недостатки	• не очень надежный – получаются наименее точные результаты; • длительная продолжительность измерения; • если пациент спокоен или слаб, термометр может выпасть.	• противопоказан детям до 4–5 лет, пациентам с повышенной возбудимостью и психическим больным.	• неприятно для пациента; • необходимо придерживать термометр.

Классификация уровней температуры при измерении в подмышечной впадине:

- нормальный уровень температуры тела составляет от 36,0 до 37,0 °С (у некоторых здоровых детей грудного возраста температура иногда может достигать 37,2 °С);
- гипотермия: ниже 36,0 °С;
- субфебрильная температура: 37,1–37,9 °С;
- средняя температура: 38,0–40 °С;
- высокая: более 40 °С.

Примечание: температура может быть неодинаковой в левой и правой подмышечных впадинах (чаще выше слева на 0,1–0,3 °С).

Правила использования термометра

ртутного:



электронного:



Перед каждым измерением надо осмотреть ртутный термометр, чтобы убедиться, что ртутный столбик находится ниже 35 °С. Если он выше, то его надо встряхнуть.

Встряхивание производят следующим образом: захватив верхнюю часть термометра в кулак так, чтобы головка упиралась в ладонь, резервуар с ртутью смотрел вниз, а середина термометра оказалась между большим и указательными пальцами, надо несколько раз отрывистым движением в локтевом суставе с силой опустить руку вниз, делая при этом внезапную остановку. После использования ртутный термометр подвергается дезинфекции. Никогда ртутный термометр не моют горячей водой. Необходимо хранить его в футляре.

Чаще применяется для измерения температуры в полости рта или прямой кишке. При измерении температуры тела в подмышечной впадине сложнее изолировать электронный термометр от контакта с окружающей средой, поэтому надо продолжать держать его в подмышечной впадине, не обращая внимания на звуковой сигнал, до 5 минут общего времени. В этом случае показания электронного термометра будут повышаться до достижения максимального значения температуры в месте соприкосновения электронного термометра с телом. При более коротком времени измерения нормальная температура тела может колебаться от 35,2 до 36,7 °С.

Измерение частоты дыхания

К основным характеристикам дыхания, которые вы можете определить без применения каких-либо приборов, относятся глубина и ритмичность дыхания, частота дыхательных движений и наличие затруднений дыхания (одышки или удушья). Совокупность вдоха и следующего за ним выдоха считают одним дыхательным движением. Количество дыхательных движений за 1 мин называют частотой дыхательных движений или просто частотой дыхания. Объем, на который увеличивается грудная клетка при вдохе, называют глубиной дыхания. Ритмичность дыхания определяют по паузам между отдельными дыхательными движениями: если паузы равны – говорят о ритмичном дыхании, если равенство пауз явно нарушено – дыхание считают неритмичным.

О затруднении дыхания (одышке) следует говорить тогда, когда человек в течение некоторого времени испытывает ощущение нехватки воздуха. Одышка всегда сопровождается увеличением частоты дыхания.

Частота дыхания у здорового взрослого человека варьирует в широких пределах в зависимости от многих условий, составляя в условиях покоя 14–20 дыхательных движений в 1 мин. Частота дыхания у детей выше, чем у взрослых, что связано с повышенной потребностью в кислороде для роста и развития организма.

Последовательность действий при подсчете дыхания взрослого человека:

Подготовка к процедуре:

1. Приготовьте часы с секундной стрелкой или секундомер, карандаш, лист бумаги.
2. Вымойте руки.

Выполнение процедуры:

1. Попросите подопечного лечь поудобнее, чтобы вы могли видеть верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.
2. Возьмите руку его так, чтобы он подумал, будто вы собираетесь измерить его пульс.
3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.
4. Если вам не удается видеть движения грудной клетки, положите на нее свою руку и вы почувствуете дыхательные движения.
5. В течение 30 с следите за звуками, сопровождающими его дыхание; запомните их.
6. В течение 30 с следите за ритмичностью и глубиной дыхания; запомните полученные результаты.
7. Возьмите часы или секундомер.
8. Подсчитайте количество вдохов за 1 полную минуту.
9. Запишите частоту дыхания.
10. Запишите другие характеристики дыхания: ритмичность, глубину, наличие посторонних звуков при вдохе или выдохе, наличие затруднений дыхания.

Измерение артериального давления

Методы измерения артериального давления (АД):

- *Аускультативный* (механический метод Короткова) – был разработан русским хирургом Н.С. Коротковым в 1905 г. Метод основан на полном пережатии манжетой плечевой артерии и выслушивании тонов Короткова, возникающих при медленном выпуске воздуха из манжеты. Аускультативный метод признан официальным эталоном неинвазивного измерения АД для диагностических целей, для него характерна высокая устойчивость к движениям руки, нарушениям ритма сердца.

К недостаткам аускультативного метода относятся зависимость от индивидуальных особенностей человека, производящего измерение (хорошее зрение, слух, координация системы «руки – зрение – слух»). Данный метод чувствителен к шумам в точности расположения головки фонендоскопа относительно артерии, для измерения давления требуется непосредственный контакт манжеты и головки фонендоскопа с кожей пациента. Однако этот метод измерения технически не сложен и обучение можно провести самостоятельно, следуя инструкции, приложенной к тонометру.

- *Пальпаторный* метод – когда измеряют давление без фонендоскопа. Вместо этого уровень АД отмечается по появлению и исчезновению пульса на запястье.
- *Осциллометрический* метод – используются электронные приборы. Этот метод основан на регистрации прибором пульсаций давления воздуха, возникающих в приборе при прохождении крови через сдавленный участок артерии. Приборы этого типа наиболее подходят для домашнего использования. К преимуществам осциллометрического метода измерения давления можно отнести то, что этот метод не зависит от индивидуальных особенностей человека, производящего измерения (хорошее зрение, слух, координация системы «руки – зрение – слух»), он позволяет проводить измерения АД без потери точности через тонкую ткань одежды, более устойчив к шумовому воздействию и перемещению манжеты по руке, а также более точен при наличии выраженного "аускультативного провала" (исчезновении и появлении пульсовых толчков при измерении АД) и слабых тонах Короткова.

Результаты измерения АД и пульса, полученные достаточно объективно, высвечиваются на дисплее прибора. Все автоматические тонометры, независимо от марки и страны происхождения, имеют склонность завышать показатели при пониженном артериальном давлении и занижать показатели при повышенном, которая обусловлена тем, что человеческое ухо способно различить более тихие звуки ударов сердца, чем датчик прибора. Для более точного измерения необходимо успокоиться и расслабиться, предельно точно подогнать манжету по размеру, не двигаться и не разговаривать во время измерения. Данный метод измерения очень зависит и от постоянства наполнения пульса, поэтому больным с аритмичным пульсом (мерцательная аритмия) требуется проведение нескольких последовательных измерений.

Последовательность действий при измерении АД у взрослых аускультативным методом:

Подготовка к процедуре:

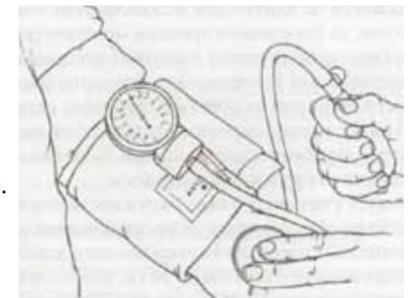
1. Предупредите подопечного о предстоящем измерении АД за 15 мин; спросите, знает ли он, как это делается; если не знает, расскажите ему.
2. Подготовьте тонометр, фонендоскоп, бумагу и карандаш.

Выполнение процедуры:

1. Попросите подопечного лечь (желательно) или сесть к столу. Никогда не измеряйте АД стоя.
2. Наложите манжету на обнаженное плечо человека на 2–3 см выше локтевого сгиба таким образом, чтобы между ней и кожей плеча проходил только один палец; проследите за тем, чтобы одежда не сдавливала плечо выше манжеты.
3. Положите руку подопечного правильно: в разогнутом положении, ладонью вверх, мышцы расслаблены; если пациент сидит, то для лучшего разгибания конечности попросите его подложить под локоть сжатый кулак свободной руки.
4. Соедините манометр с манжетой; проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы (они должны совпадать).
5. Нащупайте пульс на плечевой артерии в области локтевой ямки и в эту точку поставьте фонендоскоп.
6. Закройте вентиль-клапан на груше и накачайте в манжету воздух. Накачивание продолжайте до тех пор, пока давление в манжете (по показаниям манометра) не превысит на 30 мм рт. ст. тот уровень, при котором перестанет определяться пульсация плечевой артерии и исчезнут тоны.
7. Откройте вентиль-клапан и медленно (не быстрее, чем 2 мм рт. ст. в 1 с) выпускайте воздух из манжеты; одновременно с этим с помощью фонендоскопа выслушивайте тоны на плечевой артерии и следите за показаниями шкалы манометра.
8. Зафиксируйте величину давления, при котором появились первые тоны на плечевой артерии (систолическое давление).
9. Продолжая выпускать воздух из манжеты, зафиксируйте величину диастолического давления, которая соответствует показаниям манометра в тот момент, когда тоны на плечевой артерии исчезнут или резко ослабнут.
10. Не забывайте, что вся процедура измерения АД должна длиться не более 1 мин.

Окончание процедуры:

1. Данные измерения АД, округленные до ближайшего 0 или 5, запишите в виде дроби.
2. Помогите человеку встать или занять удобное положение.
3. Уберите все лишнее.
4. Протрите мембрану фонендоскопа ваткой, смоченной спиртом.
5. Вымойте руки.
6. Зафиксируйте полученные данные в дневнике наблюдения за подопечным.



Не забывайте о том, что для получения достоверных результатов измерение АД проводят 2–3 раза с интервалом 2–3 минуты. При этом в промежутках между измерениями воздух из манжеты следует выпускать полностью.

Примечание: При первом посещении пациентом врача измерение АД производится на обеих руках. В последующем артериальное давление измеряется на руке с более высокими его показателями. В норме разница артериального давления на левой и правой руке составляет 5–10 мм рт. ст. Более высокая разница может быть обусловлена анатомическими особенностями или патологией самой плечевой артерии правой или левой руки. Повторные измерения следует проводить всегда на одной и той же руке.

Для того чтобы убедиться в исправности фонендоскопа, проверьте:

- не загрязнились ли ушные наконечники и хорошо ли они проводят звук;
- не повреждена ли головка фонендоскопа (т. е. та его часть, которая прикладывается к телу человека, в случае измерения артериального давления – к локтевому сгибу);
- не слишком ли длинна трубка, соединяющая головку фонендоскопа с ушными наконечниками (если это так, то звук будет передаваться плохо).

Таблица 4.2. Современная классификация уровней АД

Категория	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	120–129	80–84
Высокое нормальное	130–139	85–89
Артериальная гипертензия (АГ) 1-й степени	140–159	90–99
Артериальная гипертензия 2-й степени	160–179	100–109
Артериальная гипертензия 3-й степени	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	< 90

Таблица 4.3. Наиболее распространенные ошибки при измерении АД

Причины	Ошибки	Рекомендации
Рука находится ниже уровня сердца	Результат измерения завышается	Измените положение так, чтобы середина плеча находилась на уровне сердца
Рука находится выше уровня сердца	Результат измерения занижается	Измените положение так, чтобы середина плеча находилась на уровне сердца
Нет опоры для спины	Результат измерения завышается	Измените положение, добавив опору для спины
Аритмия	Результаты измерений постоянно меняются	Сделайте несколько измерений и вычислите среднее значение
Манжета надета слишком туго	Результат измерения завышается	Наденьте манжету плотно, но не туго
Манжета надета поверх одежды	Большая погрешность измерения	Снимите одежду или поднимите (не закатывая рукав)

4.2. Гигиенические процедуры при осуществлении индивидуального ухода на дому

Личный уход включает уход за полостью рта, умывание, мытье волос, причесывание, а также одевание и раздевание, удобное размещение подопечного в постели и его перемещение, правильное питание и оказание ему помощи при выделении продуктов жизнедеятельности.

Помощь при личном уходе

Чтобы помогать подопечному следить за собой должным образом, поставьте себя на место человека, за которым вы ухаживаете. Представьте, что бы вы чувствовали, если бы незнакомый человек чистил вам зубы, умывал, причесывал волосы и одевал вас.

Каждый день вы решаете: как одеться, когда встать, как причесаться, а также множество других личных вопросов. Люди, за которыми вы ухаживаете, также принимают подобные решения для себя, но им необходима ваша помощь для того, чтобы осуществить свои решения. Так как каждый из ваших подопечных имеет свои личные потребности и представления о себе и своей независимости, следует уважать их мнение о том, что им надо и как бы они хотели осуществить то или иное решение. Не упускайте из виду то, что может принести радость вашему подопечному.

Перед началом проведения гигиенических процедур надо приготовить все необходимые приспособления и средства ухода (тазик, мочалки, стаканы для полоскания рта, замачивания зубных протезов и т. д., полотенца для лица, туловища и ног, подгузники, впитывающую пеленку или клеенку, крем и лосьон для ухода за кожей, бритву, ножницы и т. д.). Примерный набор для гигиенического ухода изображен на фото справа.



Помощь при соблюдении гигиены полости рта

Помните, что помогая пациентам ухаживать за полостью рта, необходимо соблюдать общие меры предосторожности и всегда пользоваться латексными перчатками.

Вы должны помогать человеку ухаживать за полостью рта:

1. Каждое утро – у всех подопечных.
2. Каждый вечер – у всех подопечных.
3. После приема пищи (как можно чаще) – у всех подопечных.
4. Каждые 2 ч – если пациент без сознания.
5. Если у человека была рвота – после каждого приступа рвоты.

Последовательность действий при уходе за полостью рта

Подготовка:

1. Приготовьте раствор антисептика, пинцет, шпатель, марлевые салфетки, перчатки.
2. Приподнимите изголовье кровати (если пациент в сознании и может контролировать акт глотания). В противном случае опустите изголовье как можно ниже и поверните голову пациента набок.
3. Вымойте руки, наденьте перчатки (при необходимости используйте маску и защитные очки).

Выполнение:

4. Шпателем, который удобнее всего держать в левой руке, отодвиньте вверх верхнюю губу и обработайте марлевым шариком, пропитанным раствором антисептика, слизистую оболочку десны сверху. Затем, отодвинув нижнюю губу, обработайте слизистую оболочку десны снизу.
5. Оберните язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно подтяните его на себя.
6. Смочите марлевую салфетку раствором антисептика и, снимая налет с языка, протрите его сверху.

При этом 2–3 раза меняйте салфетки.

Завершение:

7. Снимите перчатки и вымойте руки.
8. Обеспечьте человеку удобное положение.

Не допускайте, чтобы из-за выраженной сухости у пациента появлялись трещины на губах. Для этого выполняйте следующее:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки (при необходимости используйте маску и защитные очки).
2. Нанесите шпателем на стерильную салфетку вазелин.
3. Смажьте последовательно верхнюю и нижнюю губу тонким слоем вазелина.
4. Снимите перчатки, вымойте руки.

Последовательность действий при чистке зубов:

Подготовка:

1. Приготовьте латексные перчатки, зубную щетку, пасту, стерильные марлевые салфетки и шарики, специально обработанные ароматизированные нити промышленного производства для очистки щелей между зубами.
2. Вымойте руки, наденьте перчатки (при необходимости используйте маску и защитные очки).

Выполнение:

3. Меняя салфетки, смоченные водой, последовательно обработайте заднюю поверхность верхних, а затем нижних зубов.
4. Нанесите зубную пасту на зубную щетку и тщательно очистите ею жевательные поверхности зубов.
5. Очистите переднюю, боковую и жевательную поверхности зубов, проводя щеткой сверху вниз, снизу вверх и горизонтально кругообразными движениями.
6. Предложите подопечному прополоскать рот водой.

Завершение:

7. Снимите перчатки, вымойте руки.
8. Помогите человеку занять удобное положение.

При необходимости очистить пространства между зубами пользуйтесь специальной ароматизированной нитью. Для этого:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки (при необходимости используйте маску и защитные очки).
2. Зафиксируйте свободный конец нити несколькими турами на среднем пальце правой руки.
3. Введите нить в щель между зубами и зигзагообразными движениями выведите ее.
4. После очистки всех щелевых пространств между зубами снимите перчатки, вымойте руки.

Уход за зубными протезами

Обращайтесь с зубными протезами осторожно, чтобы они не сломались. Вынимая зубные протезы изо рта пациента, крепко ухватитесь за них рукой, так как они становятся скользкими, когда покрыты слюной или слюной. После снятия зубных протезов почистите щеткой и нитью имеющиеся естественные зубы подопечного. Промывая зубные протезы, держите их над мягкой поверхностью, на случай если они выскользнут из вашей руки. Мойте протезы холодной водой, так как горячая вода может изменить форму протезов. При хранении протезов в сосуде заливайте их только водой.



Помощь при купании и мытье головы

Когда вы помогаете человеку принимать ванну или мыть голову, вы должны соблюдать все принципы ухода. Как всегда, безопасность – наиболее важный принцип. Так как туалеты, душевые и ванны комнаты могут оказаться опасными местами, убедитесь, что в них есть коврики, предупреждающие скольжение, и что перила, за которые можно держаться, надежно прикреплены к стенам. Для предотвращения ожогов проверьте температуру воды в душе или ванной, прикоснувшись к ней внутренней частью запястья. Пальцы менее чувствительны, чем внутренняя часть запястья, поэтому, если коснуться воды пальцами, можно недооценить ее температуру. Для полной безопасности оставайтесь в душевой или ванной комнате в течение всего времени, пока подопечный принимает душ или ванну.

Для обеспечения собственной безопасности следует использовать правильную биомеханику движений тела. Умывая подопечного в кровати, для уменьшения нагрузки на собственную спину, помогите ему придвинуться к тому краю кровати, у которого вы находитесь. Убедитесь, что кровать установлена в самом высоком положении. Если кровать не имеет подъемного механизма, мойте каждый бок подопечного, подходя к кровати с разных сторон, чтобы не тянуться через его тело и чтобы избежать низких наклонов.

Постарайтесь, чтобы человек во время мытья был максимально укрыт. Это необходимо для того, чтобы подопечный не охлаждался, а также для того, чтобы он не чувствовал себя неуютно и неудобно.

Следует соблюдать требования инфекционного контроля и, ухаживая за промежностью подопечного, всегда надевать одноразовые перчатки. При уходе за женщиной протирайте промежность спереди назад (от половых органов к анальному отверстию). Движение в указанном направлении позволит избежать переноса бактерий из анальной области в область уретры. Помогая мужчине ухаживать за промежностью, сначала вымойте половой член в направлении от мочеиспускательного отверстия наружу (чтобы избежать попадания инфекции), а затем – остальную часть этой области. Ухаживая как за мужчинами, так и за женщинами, чтобы избежать распространения бактерий, не используйте повторно один и тот же участок салфетки для обтирания.

Купание и мытье головы в постели

Полная процедура мытья в кровати включает в себя протирание всех частей тела человека и поглаживание. Частичное мытье включает в себя мытье лица, рук, подмышечных впадин, паховой области и промежности, спины и ягодиц. Проводя полную процедуру мытья в постели, обсудите с подопечным, как он может вам помочь. Это поддержит в человеке чувство уверенности в себе. Иногда подопечный в состоянии самостоятельно только умыться лицо, но любой уровень самостоятельности очень важен. Если пациент в состоянии сделать больше, предложите ему самостоятельно вымыть область промежности. В этом случае дайте ему салфетку для мытья и обеспечьте его уединение, убедившись, что он находится в безопасности.

Чтобы не замочить постельное белье, когда вы моете подопечному волосы в кровати, подложите ему под голову водонепроницаемую простыню.

В настоящее время производятся и доступны для приобретения специальные надувные ванны для принятия ванны лежащим пациентам.



Многие люди очень любят легкое поглаживание спины после купания. После того, как вы помоете и насухо вытрете спину подопечного, нанесите лосьон себе на руки и потрите их друг о дружку, чтобы подогреть лосьон. Вотрите лосьон в кожу подопечного легкими круговыми движениями. Это расслабит его и улучшит кровообращение в коже.

Купание и мытье головы в ванной

Перед началом процедуры предоставьте подопечному право решить, сможет ли он сам забраться в ванну и потом выбраться из нее, или ему потребуется помощь. Чтобы принять правильное решение, оцените также, выполняются ли следующие условия:

1. Его поведение должно быть предсказуемо.
2. Он должен быть в состоянии перемещать большую часть своего веса.
3. Он должен быть в состоянии, стоя на одной ноге, перенести другую ногу через край ванны с минимальной помощью.
4. Он должен быть в состоянии опустить свое тело на сидение или в ванную.

Помощь в уходе за внешним видом

Частью ваших обязанностей при личном уходе является помощь подопечным в поддержании надлежащего внешнего вида. Эта важная часть личного ухода включает причесывание и укладку волос, бритье и стрижку бороды, чистку и стрижку ногтей рук и ног, чистку кожи на стопах. Сотрудничайте с подопечным, помогая ему выполнить те задачи, которые он не в состоянии выполнить сам, и побуждайте его сделать то, что он может сделать самостоятельно.

Уход за внешним видом подопечного помогает избежать болезненного расчесывания спутанных волос и возможных царапин от длинных ногтей, не говоря уже о повышении самооценки человека. Хороший уход за ногами также является важной частью ухода за внешним видом, так как на ногах расположено большое число потовых желез, выделяющих продукты обмена органических веществ из организма. Уход за ногами особенно важен для людей с ослабленным кровообращением в ногах и для людей, которые недостаточно гибки, чтобы самостоятельно ухаживать за своими ногами.

Для рационального использования времени комбинируйте некоторые задачи. Например, пока подопечный мочит руки в ванночке для ухода за ногтями, вы можете расчесать и уложить его волосы. Если мужчина, за которым вы ухаживаете, носит бороду или усы, периодически мойте их во время купания, чтобы удалить скопившиеся жировые выделения и кусочки пищи.

Причесывание и укладка волос. Помните, что волосы надо расчесывать мягко, чтобы не выдернуть их. Некоторые лекарства или лечебные процедуры могут послужить причиной хрупкости волос или их выпадения. Для того, чтобы предупредить ломкость волос и сечение их концов, начинайте расчесывать волосы с концов, двигаясь по направлению к коже головы, и расчесывайте прядь за прядью.

Если волосы человека свалились, чтобы не повредить кожу головы, используйте расческу с тупыми широко расставленными зубьями. Расчесывайте волосы медленно, прядь за прядью. В особо тяжелых случаях, прежде чем расчесывать волосы, намочите их водой, а потом ополаскивателем для смягчения волос. После того, как вы окончите расчесывать волосы вашего подопечного, прополощите их водой. Таким образом вы смоете все комки волос. Толстые волосы расчесывать легче сразу после мытья головы. Некоторые люди, имеющие очень кудрявые волосы, предпочитают заплетать их в косы, чтобы они не сваливались. Узнайте у подопечного, хочет ли он заплести волосы в косы, и если он этого хочет, будьте осторожны, чтобы не заплести их слишком туго, так как волосы имеют тенденцию натягиваться по мере того, как они высыхают, и могут слишком сильно натянуть кожу головы.

При уходе за волосами подопечного предложите ему смотреть в зеркало. Сообщайте врачу о любых отклонениях в состоянии подопечного, таких как раны на коже головы, необычные чешуйки или перхоть, интенсивная потеря волос, или комья волос, которые невозможно расчесать.

Глаза промывают в случаях, когда имеются выделения, склеивающие ресницы. Промывание делают теплой кипяченой водой или физиологическим раствором. Перед выполнением процедуры необходимо тщательно вымыть руки. Жидкость набирают в резиновый баллон или пипетку. Сильной струей жидкости промывают сначала края сомкнутых век, затем первым и вторым пальцами левой руки их раздвигают и промывают глазное яблоко, направляя струю от виска к носу.

Бритье безопасной бритвой. Многие мужчины предпочитают использовать для бритья безопасную бритву, а не электрическую. Безопасные бритвы могут быть одноразовыми или иметь рукоятку, к которой крепятся заменяемые лезвия. Вы должны принять особые меры предосторожности, чтобы не порезать себя или вашего подопечного.

Так как определенные заболевания и некоторые лекарства могут вызывать интенсивное кровотечение при порезах, проконсультируйтесь у врача, можно ли брить человека безопасной бритвой. Перед тем, как помочь мужчине побриться, проверьте его кожу на отсутствие родинок, родимых пятен или гнойничков. Брейте аккуратно вокруг таких мест, чтобы избежать срезов или порезов, которые могут вызвать кровотечение. Предложите подопечному пользоваться кремом для бритья, так как он смягчает кожу и помогает бритве скользить по коже. Предложите ему также пользоваться лосьоном после бритья, потому что содержащийся в нем спирт предупреждает рост бактерий и действует на

мини-порезы как антисептик. Мужчины, имеющие очень кудрявые бороды, могут использовать вместо бритья депиляторные кремы или порошки для удаления волос на лице.

Чтобы не порезаться или не травмировать вашего подопечного, использованные бритвы складывайте в контейнер для острых предметов. Если же вы пользуетесь бритвой многократного использования, поместите ее острый конец в контейнер, но не меняйте ее режущую головку. Убедитесь, что каждая бритва используется только одним человеком, так как частички крови, которые могут оставаться на лезвии, переносят инфекцию от одного человека к другому.

Бритье электрической бритвой. Используйте электрические бритвы вместо безопасных для всех подопечных, имеющих плохую свертываемость крови или принимающих лекарства, изменяющие скорость свертывания крови. Для безопасности проверьте состояние бритвы.

Чтобы содержать бритву в хорошем рабочем состоянии, разбирайте и очищайте ее после каждого бритья. Также как и при бритье безопасной бритвой, сообщайте о любых покраснениях, гнойничках, ранах и порезах на лице подопечного.

Чистка и стрижка ногтей. Помощь в мытье рук является частью ежедневного личного ухода, при этом помощь в уходе за ногтями оказывается по мере надобности. Помогая ухаживать за ногтями, поместите руки подопечного в теплую воду на 5 мин, чтобы размягчить ногти и облегчить их стрижку. С помощью салфетки сдвиньте мягко назад кожу с поверхности ногтей, чтобы избежать заусенцев. Помогайте содержать ногти подопечного подстриженными и гладкими для предотвращения повреждений на его коже. Стричь ногти рекомендуется 1 раз в неделю после принятия гигиенической ванны. Ногти стригут коротко, но так, чтобы не поранить кожу, маленькими ножницами, обработанными антисептиком.

Будьте особенно осторожны при стрижке ногтей подопечных, страдающих сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью, парезом или параличом (на парализованной стороне) и сниженной чувствительностью на руках. Сообщайте врачу о любых изменениях в состоянии рук подопечного, таких как покрасневшие или обесцвеченные участки, раны, гнойнички, заусенцы или ломанные ногти.

Чистка ногтей на ногах. Помогая ухаживать за ногами, пересадите подопечного, если это возможно, с кровати в кресло, так как в этом положении он сможет поместить ноги непосредственно в тазик с водой. Если человек не может встать с кровати, помогите ему лечь ровно, поместите тазик на полотенце около его ног, согнув колени, опустите ступни ног в воду. Помогите подопечному подержать ноги 5 мин в воде, чтобы размягчить грязь под ногтями и облегчить их чистку. После того, как вы поможете подопечному почистить ногти, вытрите насухо ступни и пальцы ног. Вотрите лосьон в ступни ног.

После помощи в уходе за ногами сообщите врачу о любых изменениях на коже ног подопечного, таких как покрасневшие или обесцвеченные участки, гнойнички, трещины кожи между пальцами, раны на ногах.

Современные средства ухода на дому за лежачими пациентами

Подгузники для взрослых

Правила подбора подгузников:

1. По размеру. Надо измерить обхват талии и бедер пациента, запишите наибольший размер (маркировка обозначена на упаковке).
 - размер XS 49–74 см;
 - размер S 56–85 см;
 - размер M 73–122 см;
 - размер L 92–144 см;
 - размер XL 152–168 см.

2. Надо учитывать степень подвижности пациента. Людям, постоянно находящимся в постели, подходят обычные или поясные подгузники. Если больной днем встает с постели, используйте одноразовые впитывающие трусы.
3. Учитывайте степень тяжести недержания мочи и наличие недержания кала. В большинстве случаев рекомендуют начать с подгузника с наименьшей впитывающей способностью («дневные подгузники»). При обильных выделениях рекомендуют подгузники с повышенной впитывающей способностью («ночные подгузники»).
4. Определить тип кожи. Если кожа чувствительная и легкоранимая, следует выбирать подгузники из воздухопроницаемых материалов.

Правила применения подгузников

Перед заменой подгузника обязательно объясните подопечному, что собираетесь делать. Важно за 30 минут до замены достать чистый подгузник из упаковки, расправить его, чтобы он смог полностью проявить свою впитывающую способность. При замене подгузника используйте одноразовые перчатки, чтобы защититься от бактерий. Правильно подобранный подгузник может прослужить без замены до 8 часов. В среднем в день требуется около 3-х подгузников. После выделения кала подгузник надо заменить немедленно.

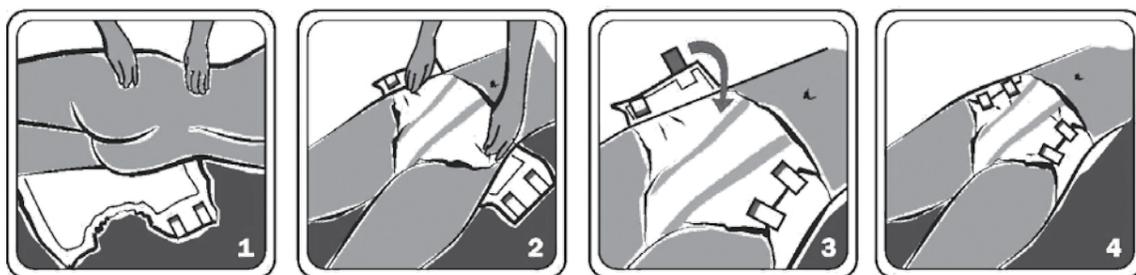
Смена старого подгузника:

- Расстегните подгузник, удалите основное загрязнение частью подгузника, аккуратно сложите его внутрь и проведите им между ног подопечного к спине.
- Подложите защитную пеленку под ягодицы, переверните подопечного на бок.
- Удалите оставшееся загрязнение со спины, снимите подгузник, поместите его в подготовленный пластиковый мешок.
- Проведите гигиеническую обработку промежности больного.

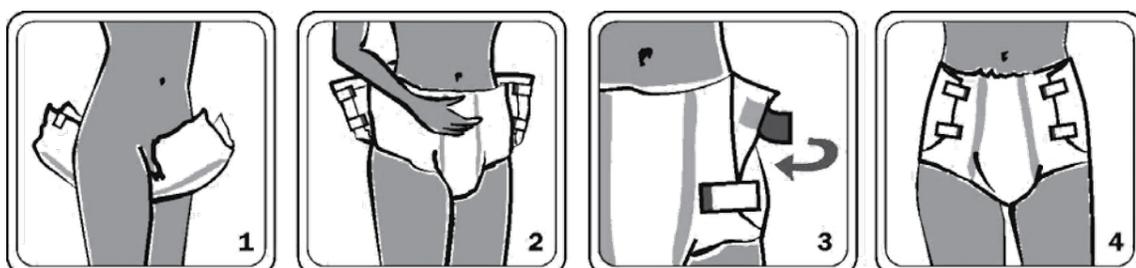
Порядок надевания нового подгузника:

Лежа:

- Разверните и распрямите подгузник. Сложите подгузник лодочкой.
- Протяните подгузник между ногами спереди назад. Эластичный пояс должен находиться сзади.
- Прижмите подгузник так, чтобы он плотно прилегал к телу в области паха и талии.
- Закрепите сначала нижние, а затем верхние застёжки с двух сторон.



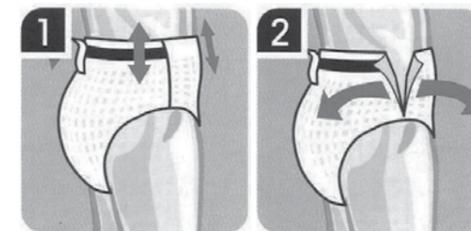
Стоя:



Подгузники-трусы для взрослых (ТЕНА Пантси др.) – это одноразовые впитывающие трусы для защиты при средней и тяжелой степени недержания мочи, которые одевают и носят как обычное белье.



Подходят для лиц, сохранивших подвижность и ведущих активный образ жизни. Чтобы снять ТЕНА Пантс, разорвите изделие по боковым швам.



Прокладки для женщин и мужчин разной степени впитывания.



Сетчатые фиксирующие шорты + впитывающие вкладыши (ТЕНА комфорт плюс).

Впитывающие простыни (ТЕНА Бед, размеры 60 x 90, 40 x 60, 60 x 60 и др.) и гигиенические пеленки (Seni Soft Basic, размеры 60 x 90, 60 x 60 см и др.) – для защиты постели от протеканий, а также для проведения гигиенических процедур.

Простыни защитные медицинские (ТЕНА Hygiene Sheet, 140 x 85 см и др.) используются как дополнительный защитный слой во время проведения различных гигиенических или диагностических процедур. Медицинские одноразовые простыни, в отличие от простыней ТЕНА Бед, не являются впитывающими, но защищают постель или другую поверхность от попадания жидкости и загрязнений.

Влажные полотенца.

Руковички для мытья.

Моющий крем (ТЕНА, Seni Care) – это мягкая эмульсия 3-в-1 для мягкого очищения, восстановления и защиты чувствительной кожи. Подходит для частого применения, заменяя мытье водой с мылом, и не требует ополаскивания. Затрата времени на очищение области промежности снижается на 80 %.

Способ применения: нанести небольшое количество моющего крема на одноразовую салфетку из мягкого материала или специальную рукавичку и легкими движениями нанести на кожу, затем вытереть полотенцем или салфеткой. При необходимости действие повторить.

Моющая пена (ТЕНА, Seni Care) – мягко очищает, восстанавливает и защищает легкоранимую и чувствительную кожу. Так же как и моющий крем, мягкая пенка облегчает уход за кожей при замене подгузников или абсорбирующего белья, и при проведении гигиенических процедур заменяет мытье водой и мылом. Пенка ТЕНА не требует последующего смывания водой. Она наносится и удаляется мягкой салфеткой или специальной очищающей рукавичкой ТЕНА. Не пачкает постель и одежду больного, не снижает впитывающей способности подгузников.

Способ применения: энергично встряхнуть, перевернуть баллончик вверх дном. Нанести на загрязненные части тела с расстояния около 10 см и равномерно распределить. Оставить на 1–2 минуты, после чего вытереть полотенцем или салфеткой. Не смывать водой. В зависимости от степени загрязнения действие повторить.

4.3. Профилактика пролежней у подопечных при уходе на дому

Пролежни – это гибель мягких тканей (кожи с подкожной клетчаткой, слизистой оболочки, стенки полого органа или кровеносного сосуда и др.), возникающая вследствие нарушения кровообращения, вызванного продолжительным непрерывным механическим давлением.

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми и необратимыми, внутренними и внешними.

К обратимым внутренним факторам относят: истощение; ограниченную подвижность; анемию; недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты; обезвоживание; гипотензию; недержание мочи и (или) кала; неврологические расстройства (сенсорные, двигательные); нарушение периферического кровообращения; истонченная кожа; беспокойство; спутанное сознание, кома.

К внутренним необратимым факторам относится старческий возраст.

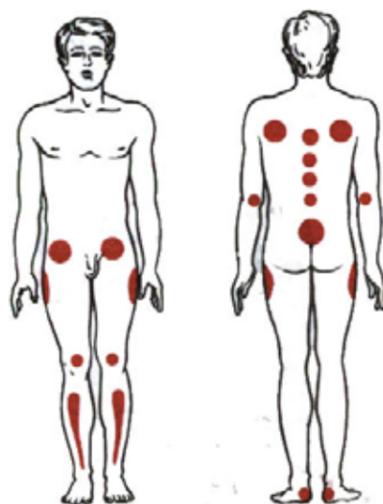
К внешним обратимым факторам относят: плохой гигиенический уход; складки на постельном и (или) нательном белье; поручни кровати; средства фиксации пациента; травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости; повреждение спинного мозга; применение цитостатических лекарственных средств; неправильная техника перемещения пациента в кровати.

К необратимым внешним факторам относится обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 часов.

Пролежни развиваются в результате длительного давления на одно и то же место на теле.

Место образования пролежней зависит от положения больного, наиболее частые места их локализации:

- **в положении на спине** (наибольшее количество мест, где могут образоваться пролежни): затылок, лопатки, тазовые кости, позвоночник, шов ягодиц, седалищные кости, локти, крестец, пятки;
- **в положении на животе**: подбородок, ребра, гребни подвздошных костей, берцовые кости, бедренные кости, колени, внутренняя сторона колен, подъёмы ног, пальцы ног с тыльной стороны;
- **в положении на боку** (используется реже): плечо, ухо, лодыжки, колено, область тазобедренного сустава (область большого вертела);
- **в положении сидя**: лопатки, нижняя часть крестца, шов ягодиц, седалищные бугры, стопы ног, подушечки пальцев, пятки.



Места образования пролежней

Клиническая картина различна при различных стадиях развития пролежней:

- I стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.
- II стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.
- III стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; возможны жидкие выделения из раны.
- IV стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и (или) костные образования.

Примечание: При появлении любых признаков пролежней у вашего подопечного необходимо срочно сообщить о них врачу или медсестре. Основной метод лечения пролежней III–IV степени – хирургический.

У лежачих пациентов необходимо активно заниматься профилактикой развития пролежней. Следующие рекомендации помогут как профессионалам, так и непрофессионалам, осуществляющим уход за пациентом, избежать появления пролежней:

1. Необходимо при каждом перемещении или изменении состояния пациента осматривать кожу в местах вероятного появления пролежней.
2. Следует освободить зону риска от давления веса пациента, для чего рекомендуется использовать поролоновые подушки в чехле (вместо резиновых кругов и подушек), а также подушки с семенем льна, из овечьей шерсти, противопролежневую систему (матрас) и другие мягкие материалы.
3. Изменять положение тела пациента рекомендуется каждые 2 часа (даже ночью), при наличии возможности – чаще. Виды положений зависят от заболевания и состояния конкретного пациента, поэтому предварительно необходимо обсудить их с врачом.
4. При перемещении пациента нужно соблюдать меры предосторожности, стараться избегать трения, смещения кожи и давления во время перемещения пациента.
5. Необходимо избегать загрязнения кожи, ее чрезмерной сухости или влажности: обмывать уязвимые участки кожи не менее 1 раза в день, используя для этого жидкое и мягкое мыло и теплую воду, тщательно смывая моющее средство водой и просушивая участок кожи. Если кожа слишком сухая, желательнее использовать увлажняющие крема или лосьоны. Для профилактики мацерации намокающие или потеющие участки кожи следует обрабатывать смягчающими мазями (например, вазелином).
6. Следует избегать массажа костных выступов, так как массаж может привести к травмам ниже подлежащих тканей.
7. Необходимо постоянно поддерживать комфортное состояние постели: стряхивать крошки, расправлять складки и т. д.
8. Следует обеспечить пациенту полноценное питание, богатое белками, витаминами и минералами.
9. Использовать непромокаемые пеленки, подгузники для уменьшения влажности кожи.
10. Необходимо максимально расширять активность пациента, если он может передвигаться, следует обучить его физическим упражнениям и поощрять выполнять их каждый час.
11. Немедленно сообщайте медицинской сестре милосердия или врачу о любом изменении состояния пациента.



Положение пациента на спине и животе для предупреждения пролежней



Противопролежневый матрас с воздушным компрессором, противопролежневая подушка и противопролежневый круг

4.4. Принципы перемещения подопечных при уходе на дому, концепции кинестетики

4.4.1. Классические принципы перемещения пациентов

Перемещая или укладывая человека, помните два важных фактора: первое – оцените ситуацию и запланируйте, что и как сделать, и второе – выполняйте свой план, применяя положения правильной механики тела.

Чтобы уложить или переместить подопечного, не причинив повреждений ни ему, ни себе, дайте четкие указания коллеге, который вам помогает, и пациенту, которого вы перемещаете. Прежде чем перемещать человека, проверьте, нет ли в кровати каких-нибудь дренажей или личных предметов, которые могли бы помешать. Заканчивая процедуру, убедитесь, что человеку удобно, что он лежит надлежащим образом и что под него подложены необходимые одеяла и подушки.

Оценка ситуации

Для того, чтобы оценить подвижность и уровень самостоятельности подопечного, узнайте массу его тела, определите его мышечную силу и способность пользоваться руками и ногами, чтобы знать, насколько он может помогать вам. Задайте подопечному и знающим его людям следующие вопросы:

1. Сможет ли он удержать свой вес на одной или только на двух ногах?
2. Сильнее ли у него одна сторона, чем другая?
3. Есть ли у него чувство равновесия?
4. Хорошо ли он видит и воспринимает окружающее?
5. Не боится ли он передвигаться?
6. Не отказывался ли он когда-нибудь внезапно от сотрудничества?
7. Предсказуемы ли его движения?

Чтобы оценить окружающую обстановку, выясните следующие вопросы относительно помещения и оборудования:

1. Сколько места требуется вам для передвижения?
2. Какие препятствия могут встретиться вам при выполнении процедуры?
3. Какую высоту имеет кровать?
4. Как вы должны разместиться сами во избежание повреждений?
5. Есть ли тормоза у кровати и кресла-каталки (не забудьте зафиксировать их, если они имеются).

После того как вы получили необходимую информацию о подопечном и окружающей обстановке, определите, не нужна ли вам помощь для его перемещения. Чтобы вы и подопечный не получили повреждений, вам нужен помощник. Два человека могут поднять или переместить кого-либо намного легче, чем один.

Разъясните подопечному и своему помощнику каждый шаг своего плана. При этом подчеркните важность правильной биомеханики тела. Расскажите подопечному, что он может сделать для облегчения своего перемещения. Поддерживайте в нем желание помогать вам настолько, насколько он может. Убедитесь, что он вас понял и что он согласен с вашим планом. Объясните своему помощнику его действия и убедитесь, что и ему понятен ваш план. Объясните всю процедуру передвижения до того, как вы начнете ее осуществлять. Затем, поскольку вы двигаетесь поэтапно, объясняйте каждый этап перед тем, как начнете его выполнять.

Последовательность и варианты перемещения и размещения подопечного в постели

I. Перемещение подопечного в постели

Подготовка

1. Приготовьте все необходимое.
2. Чаще всего перемещение подопечного в постели связано с необходимостью выполнить какую-либо процедуру.
3. Подумайте, что вам может понадобиться для этой процедуры, и держите все необходимое наготове.
Дополнительная информация:
 1. Если вам кто-либо помогает, представьте этого человека подопечному.
 2. Объясните ваш план перемещения подопечному и вашему помощнику. Объясните им, чем они могут помочь. Поощряйте посильную помощь подопечного.

Выполнение

Вариант 1: Перемещение к изголовью кровати с помощью подкладной пеленки (выполняется одним человеком).

Эта процедура часто выполняется в домашних условиях, когда рядом с вами нет никого, кто бы мог помочь. Чтобы справиться с этой задачей, необходимо встать у изголовья кровати пациента так, чтобы вам было удобно. Кровать должна быть отодвинута от стены, и у нее не должно быть деревянной или металлической спинки. Вам будет неудобно, если придется наклоняться над спинкой кровати.

1. Если возможно, поднимите кровать повыше. Это избавит вас от необходимости низко наклоняться.
2. Опустите боковые поручни, если они есть, и извлеките край подкладной пеленки из-под матраса. Поднимите боковые поручни. Повторите эту операцию с другой стороны кровати.
3. Убедитесь, что человек лежит строго горизонтально. Попросите подопечного поднять голову, а если он не может, аккуратно приподнимите его голову и уберите подушку. Положите подушку рядом с подопечным или на стул.
4. Встаньте у изголовья кровати. Расставьте ноги на ширину 30 см и поставьте одну ногу немного впереди другой. Не наклоняйтесь над изголовьем.
5. Скатайте подкладную пеленку возле головы и плеч подопечного. Попросите его согнуть колени, если он может это сделать, и прижать стопы к матрасу, чтобы помочь вам.
6. Двумя руками (ладонями вверх) возьмитесь за скатанные края подкладной пеленки с обеих сторон от головы подопечного. Держа руки ладонями вверх, вам легче поднимать человека, и вы избежите травмы запястья.
7. Согните бедра и колени, чтобы верхняя часть спины оставалась прямой.
8. Предупредите подопечного, чтобы он был готов к перемещению на счет "3". На счет "3" отклоните корпус назад и подтяните подопечного к изголовью кровати.
9. Помогите ему приподнять голову и подложите подушку.
10. Расправьте подкладную пеленку.
11. Поднимите боковые поручни, если они есть.
12. Опустите кровать (если вы до этого ее поднимали).



Вариант 2: Перемещение к изголовью кровати в том случае, если подопечный может помочь (выполняется одним человеком).

1. Приподнимите кровать, если это возможно.
2. Опустите боковые поручни, если они есть.
3. Убедитесь, что подопечный лежит строго горизонтально. Попросите его поднять голову, а если он не может этого сделать, аккуратно поднимите его голову и уберите подушку. Прислоните подушку к изголовью кровати.
4. Расставьте ноги на ширину 30 см. Разверните носок ближайшей к изголовью ноги в сторону, противоположную изголовью.

5. Попросите подопечного согнуть колени и плотно прижать стопы к матрасу. Попросите его прижать руки к кровати ладонями вниз. Подложите одну руку под плечи подопечного, а другую – под его ягодицы. Попросите подопечного помочь вам, отталкиваясь от кровати стопами и ладонями на счет "3". Или, если подопечный может, попросите его поднять руки за голову и взяться за спинку кровати (если она есть). На счет "3" пусть он поможет вам, подтягивая себя вверх.
6. Посчитайте до трех и, перенеся массу тела на ногу, ближайшую к изголовью, переместите подопечного к изголовью кровати.
7. Повторяйте эту процедуру до тех пор, пока он не займет необходимое положение. Перемещайте его постепенно на небольшие расстояния, чтобы не растянуть свои мышцы спины.
8. Аккуратно поднимите голову подопечного и подложите подушку.
9. Поднимите боковые поручни, если они есть.
10. Опустите кровать (если вы поднимали ее).



Вариант 3: Перемещение к краю кровати (выполняется одним человеком).

Эту процедуру нельзя осуществлять, если у подопечного была травма позвоночника или если он перенес операцию на позвоночнике.

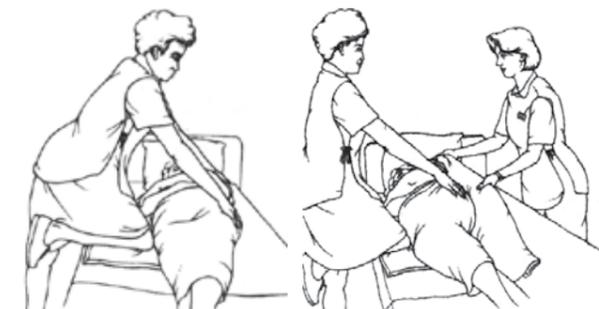
1. Убедитесь, что человек лежит строго горизонтально.
2. Если он пользуется боковыми поручнями, опустите тот из них, который ближе к вам.
3. Попросите подопечного приподнять голову, если он может это сделать, или аккуратно приподнимите его голову и уберите подушку. Подушку прислоните к изголовью кровати.
4. Расставьте ноги на ширину 30 см и поставьте одну ногу немного впереди другой. Согните колени, а верхнюю часть спины держите по возможности прямо.
5. Попросите подопечного скрестить руки на груди.
6. Подложите одну руку под шею и плечи подопечного, а вторую – под верхнюю часть его спины.
7. На счет "3" отклоните корпус назад и потяните на себя верхнюю часть его спины.
8. Поменяйте положение рук: одну руку подложите под талию, а другую – под бедра подопечного. На счет "3" тем же движением отклоните корпус назад и потяните на себя нижнюю часть туловища подопечного.
9. Подложите руки под ноги и стопы подопечного и на счет "3" придвиньте к себе его ноги и стопы.
10. Помогите подопечному приподнять голову и подложите под нее подушку.
11. Поднимите боковые поручни, если они есть.



Вариант 4: Переворачивание подопечного (выполняется одним человеком или вдвоем).

1. Попросите вашего помощника встать с другой стороны кровати.
2. Опустите боковые поручни (или один из них, если вы осуществляете эту операцию без помощников).
3. Попросите подопечного приподнять голову, если он может это сделать, или аккуратно приподнимите его голову и уберите подушку. Прислоните подушку к изголовью кровати.
4. Убедитесь, что человек лежит строго горизонтально на краю кровати, а не посередине. Если он лежит посередине, переместите его на край, руководствуясь инструкциями "Варианта 3".

5. Скажите подопечному, что он может помочь вам, если скрестит руки на груди. Когда вы будете его переворачивать на правый бок, пусть он положит левую ногу на правую. Если есть необходимость, помогите ему.
6. Встаньте с той стороны кровати, куда вы будете переворачивать человека. Положите подушку на кровать рядом с ним. Встаньте как можно ближе к кровати, поднимите одну ногу и поставьте свое колено на подушечку. Вторая нога должна служить вам опорой. Положите одну руку на то плечо человека, которое дальше от вас, а вторую – на соответствующее бедро. То есть, если человек будет переворачиваться на правый бок по направлению к вам, положите левую руку на его левое плечо, а правую – на его левое бедро.
7. Пусть ваш помощник вытащит край подкладной пеленки из-под матраса и скатает его вплотную к телу подопечного. Затем он должен взяться за скатанный край пеленки ладонями вверх и, крепко уперевшись ногами, на счет "3" перевернуть подопечного на бок. Вы помогаете повернуть его к себе, перенося свой вес на ногу, стоящую на полу.
8. Помогите человеку поднять голову и подложите под нее подушку.
9. Поднимите боковые поручни, если они есть.



Если вы выполняете эту манипуляцию самостоятельно, без помощников, вам необходимо осуществить пункты 2–5, а затем перевернуть подопечного на бок по направлению к себе.

Встаньте как можно ближе к кровати. Кровать должна быть опущена ниже нормального рабочего положения, чтобы дать вам возможность надежной опоры на ногу, стоящую на полу.

Вариант 5: Поднимание головы и плеч подопечного (выполняется одним человеком).

Возможно, вам потребуется поправить подопечному подушку или помочь ему сесть, чтобы поправить его одежду. Для этого вам необходимо поднять его голову и плечи. Руководствуйтесь для этого следующей последовательностью:

1. Опустите боковые поручни, если они есть.
2. Встаньте сбоку от кровати лицом к изголовью. Расставьте ноги на ширину 30 см.
3. Если подопечный может помочь, попросите его пропустить руку под вашей рукой и обнять вас за плечо.
4. Пропустите свою руку, которая ближе к подопечному, под его рукой за его плечом, а свою вторую руку подложите под верхнюю часть его спины и плеч.
5. Поднимите голову и плечи подопечного, перенеся свой вес в сторону ножной части кровати. Помните, что нельзя поворачивать тело человека, когда вы его поднимаете. Попросите подопечного помогать вам по мере его сил, поддерживая себя с помощью свободной руки. Той рукой, которой вы поддерживаете его за плечи, поправьте подушку.



II. Размещение подопечного в положение лежа на спине

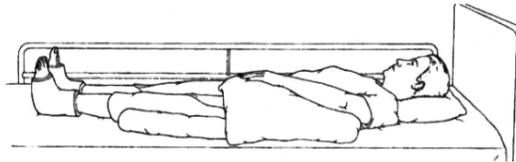
Подготовка. Приготовьте все необходимое (подушки, валики из одеял/полотенец, опору для стоп).

Дополнительная информация:

- Если вам кто-либо помогает, представьте его пациенту.
- Объясните ваш план перемещения подопечному и вашему помощнику. Объясните им, чем они могут помочь.
- Поощряйте посильную помощь подопечного.

Выполнение:

1. Если необходимо, опустите изголовье и ножную части кровати, чтобы образовалась горизонтальная поверхность.
2. Опустите боковые поручни, если они есть, с той стороны, где вы находитесь.
3. Разместите человека так, чтобы он лежал на спине посередине кровати.
4. Придайте его телу правильное положение: под его головой находится подушка; его руки вытянуты вдоль туловища и, если он парализован или ослаблен, опираются на маленькие подушечки, чтобы кисти находились выше локтей и плеч (такое положение облегчает отток крови к сердцу); если человек не может двигать руками, положите его руки ладонями вниз; его ноги составляют прямую линию с тазобедренными суставами.
5. Подложите под поясницу небольшую подушку или валик из одеяла или полотенца. Если ноги подопечного разворачиваются стопами наружу, подложите валик из полотенца или подушку с наружной стороны бедер. С помощью валика или доски в ножной части кровати придайте стопам вертикальное положение. Чтобы избавить человека от давления на пятки, подложите ему небольшую подушечку под икры и лодыжки.
6. Поднимите боковые поручни, если они есть.



III. Размещение подопечного в фаулеровом положении

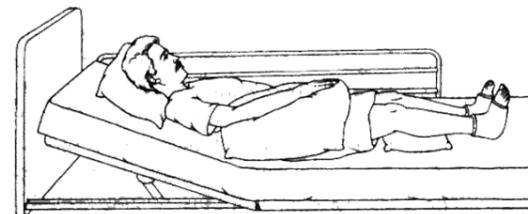
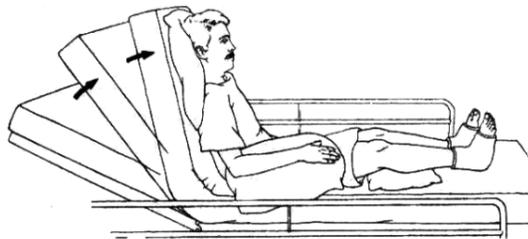
Подготовка. Приготовьте все необходимое и принесите в комнату подопечного (подушки, валики из одеял или полотенца, опору для стоп).

Дополнительная информация:

- Если вам кто-либо помогает, представьте его подопечному.
- Объясните ваш план перемещения подопечному и вашему помощнику. Объясните им, чем они могут помочь.
- Поощряйте посильную помощь пациента.

Выполнение:

1. Опустите боковые поручни, если они есть, с той стороны, где вы находитесь.
2. Убедитесь, что человек находится в положении лежа на спине посередине кровати, и уберите все подушки. Поднимите изголовье под углом 90° (высокое фаулерово положение), 45° (фаулерово положение) или 30° (полуфаулерово, или низкое фаулерово положение). Положите подушки обратно. Человек, прямо сидящий на кровати, находится в фаулеровом положении.
3. Слегка приподнимите ножную часть кровати, ровно настолько, чтобы человек не съезжал вниз. Если ножной конец кровати не поднимается, подложите подушку или сложенное одеяло ему под голени. Убедитесь, что человек лежит ровно.



4. Если у подопечного парез предплечья или кисти, подложите под него подушку так, чтобы кисть была выше локтя: это улучшит отток крови от руки к сердцу и предотвратит отек руки. Если человек не может сам двигать руками, положите его руки ладонями вниз.
5. Если необходимо, подложите человеку что-нибудь под стопы. Поддержание его стоп в вертикальном положении необходимо для профилактики провисания стопы. Провисание стопы приводит к нарушению тонуса мышц, разгибающих пальцы ног. Если это произойдет, человек не сможет вернуть стопу в обычное для ходьбы положение. В некоторых случаях для придания телу ровного положения можно использовать валики, подложенные под предплечье, запястье, кисть или стопу. Если человек пользуется валиками, проверьте, правильно ли они подложены. Валики должны быть чистыми и сухими.
6. Поднимите боковые поручни, если они есть.

IV. Размещение подопечного в положение лежа на боку

Подготовка. Приготовьте все необходимое (подушки, валики из одеял или полотенца, подушечку для опоры на кровать).

Дополнительная информация:

- Если вам кто-либо помогает, представьте его пациенту.
- Объясните ваш план перемещения подопечному и вашему помощнику. Объясните им, чем они могут помочь.
- Поощряйте посильную помощь подопечного.

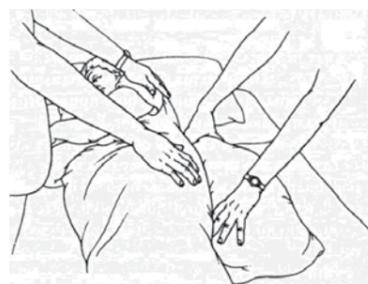
Выполнение:

1. Опустите боковые поручни, если они есть.
2. Убедитесь, что кровать находится в строго горизонтальном положении.
3. Попросите подопечного помочь вам перевернуть его. Он должен скрестить руки и стопы в том направлении, в котором вы будете его переворачивать.
4. Следуя инструкциям по перемещению подопечного к краю кровати, с помощью вашего коллеги переместите подопечного к дальнему краю кровати в направлении, противоположном тому, куда он будет обращен лицом.
5. Переверните подопечного на бок, чтобы он не лежал ни на копчике, ни на тазобедренном суставе. Действуйте следующим образом: если вы находитесь с той стороны кровати, куда человек будет обращен лицом, положите подушечку на кровать и поставьте на нее одно колено. Другой ногой крепко упирайтесь в пол. Положите одну руку на плечо, а другую – на бедро подопечного. Например, если вы будете переворачивать его на правый бок по направлению к себе, положите левую руку на его левое плечо, а правую руку – на его левое бедро.
6. Пусть ваш помощник вытащит край подкладной пеленки из-под матраса и скатает его вплотную к телу подопечного. Затем он должен взяться за края подкладной пеленки ладонями вверх. Крепко упираясь ногами, он должен на счет "3" поднять подкладную пеленку и перекатить подопечного на бок. Вы помогаете ему, перекачивая его в свою сторону. Ваш помощник должен стоять очень близко к кровати, а его колени должны быть слегка согнуты.



7. Придайте подопечному правильное положение:

- подложите под голову подопечного подушку;
- разместите его плечо так, чтобы он не лежал на своей руке;
- подложите ему под спину свернутое одеяло или полотенце, чтобы придать его телу устойчивость;
- подложите подушку под руку, лежащую сверху;
- согните ему колено, лежащее сверху;
- подложите под ногу, лежащую сверху, подушку, чтобы та нога, которая сверху, не давила на ту, которая снизу, и человек бы не испытывал давления на тазобедренный сустав;
- если подопечный использует для удобства валики, убедитесь, что они правильно подложены. Валики должны быть чистыми и сухими.



8. Расправьте подкладную пеленку.

9. Поднимите боковые поручни, если они есть.

V. Размещение подопечного в положение лежа на животе

Положение лежа на животе используется нечасто, потому что многие считают его неудобным, поэтому, как правило, оно используется только по предписанию врача, так как иногда оно может быть противопоказано.

Подготовка. Приготовьте все необходимое (подушечку для опоры на кровать, свернутое одеяло или полотенце).

Дополнительная информация:

- Если вам кто-либо помогает, представьте его подопечному.
- Объясните ваш план перемещения подопечному и вашему помощнику.
- Объясните им, чем они могут помочь. Поощряйте посильную помощь подопечного.

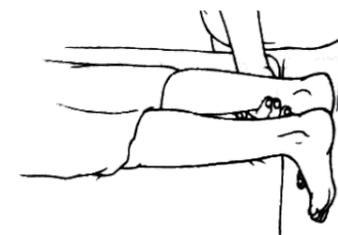
Выполнение:

1. Опустите боковые поручни, если они есть, с той стороны, где вы находитесь.
2. Убедитесь, что подопечный лежит строго горизонтально.
3. Аккуратно приподнимите его голову и уберите подушку.
4. Скажите подопечному, что если он в состоянии, он может помочь вам перевернуть его на живот.
5. С помощью вашего коллеги переместите подопечного на край кровати, следуя инструкциям.
6. Положите одну руку на то плечо подопечного, которое дальше от вас, а другую – на дальнейшее от вас бедро, и поставьте свое колено на подушечку, лежащую на кровати. Убедитесь, что та рука подопечного, которая ближе к вам, прижата к его телу или поднята вверх параллельно его туловищу. Это необходимо для того, чтобы она не мешала вам его переворачивать и чтобы он не придавил ее своим телом. Подложите свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть его живота.
7. Пусть ваш помощник вытащит край подкладной пеленки из-под матраса, возьмется за него руками ладонями вверх и скатает его вплотную к телу подопечного. Крепко упираясь ногами, на счет "3" он должен поднять подкладную пеленку и перевернуть подопечного. Вы аккуратно переворачиваете его в свою сторону на живот. Голова подопечного должна быть повернута на бок.



8. Придайте подопечному правильное положение:

- помогите ему немного сдвинуться вниз, чтобы стопы ног свисали с матраса, или подложите подушку ему под голени, чтобы пальцы ног не касались постели;
- если необходимо, используйте подкладную пеленку для перемещения подопечного вниз по кровати;
- подложите ему под голову небольшую подушку или свернутое одеяло, другую подушку или свернутое одеяло подложите под верхнюю часть живота;
- ту руку, в сторону которой обращена голова подопечного, согните в локте под углом 90°, а другую руку вытяните вдоль туловища.



9. Расправьте подкладную пеленку.

10. Поднимите боковые поручни, если они есть.



VI. Перемещение подопечного с кровати на стул или каталку

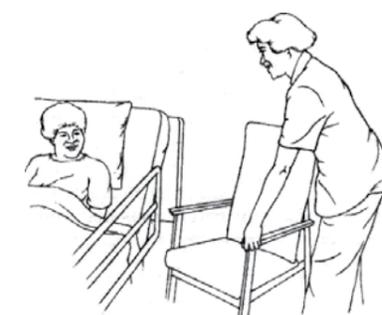
Управляйте движениями своего тела так, чтобы не причинить себе вреда. Обязательно напрягайте брюшные и ягодичные мышцы – это поможет вам избежать травмы спины при перемещении подопечного.

Дополнительная информация:

- Если вам кто-либо помогает, представьте его подопечному.
- Объясните ваш план перемещения подопечному и вашему помощнику. Объясните им, чем они могут помочь.
- Поощряйте посильную помощь подопечного.
- Приготовьте принадлежности подопечному халат, тапочки, каталку или стул.
- Сделайте так, чтобы кровать была на одной высоте со стулом (каталкой). Когда вы посадите подопечного в постели, его ноги должны касаться пола.

Выполнение:

1. Поставьте каталку или стул под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически сильнее.
2. Защелкните тормоза кровати. Если вы перемещаете подопечного на кресло-каталку, уберите или сложите назад упор для ног и зафиксируйте тормоза.
3. Поднимите изголовье кровати так, чтобы придать подопечному сидячее положение.
4. Опустите боковые поручни, если они есть, с той стороны кровати, которая ближе к креслу-каталке.
5. Ваши колени должны быть согнуты, а спина выпрямлена. Подложите одну руку под плечи подопечного, а другую – под его бедра. Не поворачивайте свою спину в пояснице. Если у вас есть помощник, один из вас должен одной рукой поддерживать подопечного под руку, а другой – под плечи, в то время как второй человек обеими руками будет поддерживать его ноги.
6. Разверните подопечного к себе лицом в сидячем положении. Пусть его ноги свисают с кровати. Пусть подопечный



так посидит две минуты, прежде чем продолжать перемещение. Легкое головокружение – обычное явление, если подопечный принимает сидячее положение после того, как провел лежа длительное время. Посмотрите, пройдет ли головокружение через 2 мин.

7. Если оно не пройдет и подопечному станет хуже, появится потливость, он начнет задыхаться или появятся боли – уложите его обратно в постель и поднимите боковые поручни, если они есть. Оповестите об этом врача.

Помогите подопечному одеться и обуться.

Дальнейшие ваши действия могут осуществляться в нескольких вариантах.

Один из вариантов выполняется одним человеком без использования ремня безопасности, когда подопечный может вам помочь.

Ему нужна только опора и минимальная поддержка, чтобы вы могли без риска переместить его, не используя ремень безопасности. Подопечный должен удерживать положение стоя, если его поддерживают, быть в состоянии поворачиваться и не должен совершать непредсказуемых действий.

1. Скажите подопечному, что вы собираетесь просунуть руки под его руками, а он должен обнять вас за талию или плечи, но не за шею. Если он обнимет вас за шею, это может нанести вам вред или вы вместе с пациентом можете потерять равновесие и упасть. Пусть он поднимет руки. Проденьте свои руки под его руками (подмышками). Теперь пусть он обнимет вас за талию или плечи, наклоняясь вперед. Когда человек будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, чтобы он мог сохранять равновесие, когда вы будете перемещать его массу тела вперед. Его ноги должны ровно стоять на полу, а пятки – быть слегка повернутыми в направлении движения. Это необходимо для того, чтобы его ноги не запутались, когда он будет поворачивать корпус, чтобы сесть в кресло-каталку или на стул.
2. Поставьте свою ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями подопечного коленом к нему, а другую ногу – по направлению движения. Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, держите спину прямо. Встаньте как можно ближе к пациенту. Помните о необходимости использовать правильную биомеханику движений тела: используйте надежную опору, прижимайте подопечного к себе, держите спину прямо, поднимайте пациента плавно, не дергайте и не переворачивайте его. Держите свою голову с той стороны головы подопечного, где находится кресло-каталка, чтобы держать каталку в поле зрения во время перемещения человека. Не давите ему под мышками.
3. Предупредите подопечного, что на счет "3" вы собираетесь помочь ему встать. На каждый счет слегка покачайтесь вперед-назад, чтобы создать инерцию, и на счет "3" поднимите подопечного. Поворачивайтесь сами одновременно с поворачиванием тела пациента до тех пор, пока он не займет положение прямо перед креслом-каталкой. Попросите подопечного предупредить вас, когда он почувствует край каталки задней поверхностью бедер.
4. Опустите подопечного в кресло-каталку: для этого согните колени и держите спину прямо. Опускаясь в кресло, человек может помочь вам, если положит руки на поручни каталки.



4.4.2. Концепции кинестетики

В 2010 г. в рамках проекта «Укрепление Службы сестер милосердия» было начато обучение медицинских сестер милосердия областных организаций БОКК навыкам «Kinaesthetics в уходе за больными». Количество часов для прохождения начального курса составляет: 28 часов – занятия на тренинге с тренерами и 18 часов самостоятельной работы по отработке навыков Kinaesthetics. В 28-часовую программу тренинга входит ознакомление и работа над 6-ю концепциями Kinaesthetics, с возможностью проработки полученных навыков с пациентами.

Понятие «Kinaesthetics» (кинестетика) переводится как «мастерство/наука о восприятии движения», т. е. Kinaesthetics занимается главным образом развитием дифференцированного и сознательного восприятия собственного движения, умения здорового и правильного применения собственных движений в частной жизни и профессиональной деятельности.

Более 20 лет Kinaesthetics обучаются медицинские и социальные работники в разных странах Европы. Самой распространенной является программа «Kinaesthetics в уходе за больными» для людей, которые профессионально ухаживают за больными на дому и в стационарных учреждениях. При уходе за пожилыми людьми, людьми с ограниченными возможностями методика Kinaesthetics направлена на то, чтобы ухаживающий человек и тот, кто нуждается в уходе, в одинаковой мере получили пользу от повышения двигательной компетенции. В результате больной человек становится более активным и самостоятельным в движении, а ухаживающий персонал поддерживает свое здоровье. Относительно новой разработкой является «Kinaesthetics: родственники, ухаживающие за больными».

Введение в концептуальную систему Kinaesthetics объясняет путь развития кинестетики (от модели ухода до образовательной модели). В центре концептуальной системы находятся все виды деятельности человека. Пояснение вводной части начинается с описания собственных ощущений и наблюдений, исходя из своей внутренней точки зрения.

1-я концепция Kinaesthetics – Взаимодействие – образует основу для последующих концепций, т. к. она обращает внимание на повышение у обучаемого восприятия своих движений, что обеспечивает возможность различать ощущения при движении, которые происходят в собственном теле как при движении в одиночку, так и при движении совместно с другими людьми.

2-я концепция Kinaesthetics – Функциональная анатомия – рассматривает анатомию с функциональной точки зрения. Исходным вопросом является вопрос о взаимосвязи между анатомией и движениями человека в условиях силы тяжести. Данная концепция подразделяется на следующие подтемы, в рамках которых рассматривается функциональная анатомия: кости и мышцы, массы и промежутки, плоскости опорного и транспортного движения, ориентация вверх/вниз и вперед/сзади.

3-я концепция Kinaesthetics – Движение человека – рассматривает движение с точки зрения параллельной и спиральной модели движения в плоскостях, опорное и транспортное движение, проведение анализа моделей движения других людей, в том числе и людей с ограниченными возможностями. Во время занятия участники изучают модели движения здорового человека и человека с ограниченными возможностями.

4-я концепция Kinaesthetics – Напряжение – обращает внимание на то, как в нашем теле ощущаются различные качества напряжения, которые обозначаются понятиями «тянуть» и «давить».

5-я концепция Kinaesthetics – Человеческая функция – подразделяется на подтемы: простая функция – позиции/основные позиции, комплексная функция – движение на месте/передвижение. Основу данной концепции образуют все предыдущие концепции.

6-я концепция Kinaesthetics – Окружающая среда – это последняя концепция, которая направляет внимание на человеческие действия в их связи с окружающей средой (под окружающей средой понимают обстановку – мебель, различные приспособления для передвижения и т. д.). В данной концепции рассматриваются вопросы: как человек воспринимает свою окружающую среду, как он на нее реагирует. Ответы зависят от истории индивидуального обучения человека, его способностей к восприятию и двигательной компетентности и, конечно, от его физического состояния на данный момент.

4.5. Оказание помощи подопечным для поддержания нормального режима выделения продуктов жизнедеятельности организма

Выделение продуктов жизнедеятельности – естественная, жизненно важная потребность каждого живого организма. В организме человека выделительную функцию выполняют многие органы и системы. Легкие выводят из организма во внешнюю среду углекислый газ, пары воды, некоторые летучие вещества. Потовыми железами удаляются вода и соли. Слюнные и желудочные железы выделяют некоторые тяжелые металлы, ряд лекарственных веществ, чужеродные органические соединения. Важную экскреторную функцию выполняет печень, удаляя из крови гормоны, продукты расщепления гемоглобина, азотистого метаболизма и многие другие вещества. Поджелудочная железа и кишечные железы выводят соли тяжелых металлов, лекарственные вещества. При этом пищеварительные железы выводят продукты обмена вместе с секретом в просвет желудочно-кишечного тракта и в норме удаляются из организма вместе с неперевааренными остатками пищи в процессе дефекации. Основная роль в процессе выведения из организма различных солей, конечных продуктов азотистого обмена и чужеродных веществ принадлежит почкам.

Выделение является одним из видов каждодневной деятельности и представляет собой активность, осуществляемую каждым человеком несколько раз ежедневно для удаления из организма продуктов жизнедеятельности (мочи и фекалий). Эта деятельность реализуется посредством пищеварительной и мочеиспускательной систем и контролируется нервной системой. Способность контролировать физиологические отправления формируется с возрастом и свидетельствует о зрелости физиологических систем.

Под режимом выделения продуктов жизнедеятельности принято понимать порядок и условия осуществления физиологических отправлений – мочеиспускания и дефекации. Для поддержания нормального режима выделения продуктов жизнедеятельности у подопечного прежде всего необходимо узнать режим выделений, чтобы иметь возможность поддерживать его и выявлять изменения в нем, незамедлительно реагировать на заявление пациента о необходимости испражниться, обеспечить пациенту уединенность во время мочеиспускания или дефекации, предоставляя ему при этом достаточное количество времени, внимательно относиться к чувствам пациента, профессионально относиться к процессу выделения и помогать пищеварительной и мочеиспускательной системам пациента работать более эффективно.

Для выяснения нормального режима физиологических отправлений пациента необходимо ответить на следующие вопросы: какова частота мочеиспусканий/дефекации, как часто возникают позывы к мочеиспусканию/дефекации, какое время занимает процесс мочеиспускания/дефекации, характеристики мочи и фекалий, особенности мочеиспускания/дефекации, время мочеиспусканий/дефекации. При сборе информации следует быть крайне корректным и использовать лексику, понятную пациенту, уточнять полученную информацию. Наблюдение изменений в режиме физиологических отправлений играет важную роль в выявлении существующих и потенциальных проблем пациента. Так, уменьшение количества мочи с одновременным увеличением насыщенности цвета может свидетельствовать о недостаточном потреблении жидкости, отсутствие дефекации в привычное для пациента время в течение двух суток говорит о возможном развитии запора. Определенные изменения стула и мочи являются симптомами заболеваний.

Наиболее часто при уходе на дому встречаются следующие проблемы, требующие оказания помощи для поддержания нормального режима выделения продуктов жизнедеятельности: недержание мочи, недержание кала, диарея, запор. Кроме того, помощь в поддержании режима физиологических отправлений может потребоваться, даже если пациент не испытывает проблем, непосредственно связанных с их нарушением: необходимость осуществления отправлений в постели при строгом постельном режиме (например в послеоперационном периоде), невозможность самостоятельно пользоваться туалетом из-за соматических заболеваний (например при нарушении координации движений, болях в конечностях, головокружении) и т. д.

Недержание – это невозможность произвольно контролировать процесс мочеиспускания и дефекации и как следствие – выделение мочи и фекалий в неподходящее время в неподходящем месте.

Недержание часто ассоциируется со старостью, является запретной темой и оказывает значительное влияние на личное достоинство человека, его социальную и профессиональную деятельность, его психологическое и физическое состояние, его сексуальную функцию.

По данным медицинской статистики, около 45 % женщин в возрасте 40–60 лет отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи. С возрастом частота и степень тяжести недержания возрастает. Недержание кала менее распространено, чем недержание мочи. Эта проблема затрагивает 7 % людей старше 65 лет.

Влияние недержание мочи и кала на личное достоинство человека, его здоровье, качество жизни и самоуважение, огромно. Для повышения качества жизни подопечного с недержанием на дому необходимы следующие мероприятия ухода:

- объяснить подопечному его состояние, что недержание – это не неизбежное явление, появляющееся с возрастом и/или при ограничении подвижности;
- узнать режим мочеиспускания/дефекации, все данные о недержании мочи/кала (характерные симптомы, периодичность, картину дневного и ночного мочеиспускания/испражнения – частота и объем, а также возможные причины); контролировать изменения режима физиологических отправлений;
- обсудить с медсестрой милосердия и подопечным программу ухода и ее реализации: программу тренировки мышц промежности, тренировки мочевого пузыря, кишечника;
- оценить возможность подопечного пользоваться туалетом; обеспечить возможность беспрепятственно и своевременно пользоваться туалетом; предложить помощь в посещении туалета, если подопечному трудно до него дойти; обеспечить его необходимыми принадлежностями (туалетный стул, утка, одноразовые/многократные прокладки и т. д.); обучить подопечного и лиц, осуществляющих уход, правильному использованию подгузников;
- по возможности часто предлагать подопечному воспользоваться туалетом; объяснить пациенту возможность использования подсказок о времени, когда надо идти в туалет (перед едой, после телепрограммы, перед сном);
- объяснить подопечному и лицам, осуществляющим уход, важность соблюдения личной гигиены кожи промежности у подопечного; оценить возможность стирки белья и удаления использованных прокладок, подгузников; уточнить у подопечного, достаточно ли ему сменного белья (постельного и нательного); оказывать помощь подопечному в поддержании им личной гигиены;
- соблюдать программу питьевого режима и пользования туалетом, которая была назначена врачом или медсестрой, и объяснить подопечному необходимость придерживаться этой программы; предлагать подопечному пить достаточное количество жидкости; разъяснить подопечному и родственникам необходимость достаточного питья;
- предоставить подопечному с недержанием кала рекомендации по диете с высоким содержанием белка;
- объяснить подопечному и лицам, осуществляющим уход, что в случае изменения цвета, количества, запаха мочи необходимо немедленно сообщить об этом врачу и/или медицинской сестре;
- информировать подопечного и родственников о проводимых мероприятиях.



Вероятность проливания из обычного судна небольшая, поэтому оно используется в большинстве случаев. Однако если объем движения ограничен настолько, что человек не может пользоваться обычным судном (на фото слева), пусть он пользуется плоским судном (на фото справа).



Запор – более редкое, чем обычно, выделение твердого, сухого кала из прямой кишки или из прямой кишки, сопровождающееся напряжением и болью. В качестве объективного показателя запора используют частоту стула меньше, чем три раза в неделю. Симптомы, связанные с запором, включают метеоризм, вздутие живота, боли в животе и чувство неполного опорожнения. Факторы, которые могут увеличить вероятность запоров, включают: неполноценную диету, недостаточный прием жидкости, малоподвижный образ жизни, боль при дефекации, стоматологические проблемы, некоторые лекарственные средства, психологические факторы (снижение когнитивной функции) и др. В пожилом возрасте склонность к запорам возрастает. Запор у женщин также может вызвать недержание мочи из-за давления загруженной прямой кишки на мочевой пузырь и уретру.

Уход за больным с запором начинается со сбора полной информации о режиме дефекации и характере стула подопечного (частота, время дефекации в течение суток, количество и консистенция). При этом следует уточнить, что сам больной подразумевает под словом «запор», как представляет нормальный режим выделений? Кроме этого необходимо:

- собрать все данные у подопечного, которые касаются запоров (пищевой рацион, включая употребление пищевых волокон и жидкости; ранее применяемые способы лечения запора, применение слабительных препаратов);
- обеспечить подопечного полной и полезной информацией о функционировании желудочно-кишечного тракта, о запорах; обсудить с медсестрой и подопечным несколько способов профилактики запоров и позволить ему выбрать наиболее удобные для него способы;
- при необходимости обратиться к врачу для назначения лечения; обеспечить наличие, правильное хранение и доступность всего необходимого для постановки клизм;
- разработать рацион с большим содержанием клетчатки; объяснить подопечному необходимость дробного высококалорийного питания, употребления жидкости (при отсутствии противопоказаний – до 3-х литров в сутки), фруктов и овощей, натуральных слабительных;
- объяснить подопечному важность регулярного самостоятельного опорожнения кишечника;
- научить подопечного физическим упражнениям и приемам самомассажа, убедить его в необходимости увеличения двигательной активности;
- информировать подопечного и лиц, осуществляющих уход, о проводимых мероприятиях;
- контролировать прием препаратов, вызывающих запор, и слабительных;
- контролировать другие симптомы с целью создания наилучших условий для подвижности пациента, для предупреждения осложнений.

Диарея – послабленный водянистый или неоформленный стул, причиной которого может быть инфекция, прием лекарственных средств (например, антибиотиков, слабительных), воспалительные заболевания, такие как неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорбции, синдром раздраженного кишечника, стрессы, опухоли. Диарея может также присутствовать у пациентов, страдающих запорами, вследствие перегрузки кишечника фекальными массами и раздражения его стенок. В качестве критерия диареи принято говорить о жидком стуле чаще трех раз в сутки.

Принципы ухода при диарее:

- определить обычный характер стула у подопечного (частоту, время дня, количество и его консистенцию);
- собрать все данные подопечного, которые касаются диареи (пищевой рацион, включая употребление пищевых волокон и жидкости; ранее применяемые способы лечения диареи, применение слабительных препаратов);
- немедленно поставить в известность врача или медсестру в следующих случаях – если диарея продолжается более 24 часов, диарея сопровождается лихорадкой или рвотой, в кале присутствует слизь, кровь или другие сомнительные примеси;
- строго соблюдать назначения врача;
- давать подопечному советы по питанию (дробное легкоусвояемое питание – бананы, отварной рис, запеченный картофель и т. д., рекомендуйте отказаться от молочных продуктов, а также пищи с высоким содержанием пищевых волокон и кофеина); обеспечить достаточный питьевой режим;
- объяснить подопечному и лицам, осуществляющим уход, важность соблюдения личной гигиены кожи промежности у подопечного; обеспечить соблюдение гигиены кожи в области промежности; оценить возможность стирки белья и удаления использованных прокладок, подгузников; уточнить у подопечного, достаточно ли ему сменного белья (постельного и нательного); оказывать помощь подопечному в поддержании им личной гигиены;
- оценить возможность подопечного пользоваться туалетом; обеспечить возможность беспрепятственно и своевременно пользоваться туалетом, предоставить помощь, если пациенту трудно до него дойти; обеспечить пациента необходимыми принадлежностями (туалетный стул, утка, одноразовые/многоцветные прокладки, подкладные пеленки и т. д.); обучить подопечного и его родственников правильному использованию подгузников;
- информировать подопечного и лиц, осуществляющих уход, о проводимых мероприятиях.

4.6. Особенности ухода за подопечными с нарушениями зрения и слуха

90 % информации об окружающем мире человек воспринимает при помощи зрения, около 9 % – при помощи слуха, на остальные анализаторы приходится менее 1 %, поэтому нарушения зрения и слуха значительно влияют на качество жизни людей. Ухудшение или полная потеря зрения/слуха может наступить в любом возрасте, однако наиболее часто встречается у пожилых людей. Этому способствуют физиологическое старение рецепторов, ослабление общего кровоснабжения органов и тканей, склеротические изменения тканей, накопление с возрастом хронической патологии с неврологическими и сосудистыми осложнениями (сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.).

Пациенты с нарушениями зрения и/или слуха, вне зависимости от их причины и выраженности, в той или иной степени испытывают следующие проблемы: нарушение сенсорного восприятия; страх потери зрения/слуха; риск травмы (фактор риска – нарушение сенсорного восприятия); дефицит самоухода; нарушение общения; социальная изоляция. Уход за подопечными с нарушениями слуха должен быть направлен на решение этих проблем для повышения качества жизни таких подопечных. Особое внимание при уходе за такими подопечными следует уделить общению, так как нарушения зрения/слуха у подопечного затрудняют эффективную коммуникацию между ним и человеком, осуществляющим уход.

Уход за подопечными с нарушениями зрения

При посещении слабовидящего подопечного необходимо стать таким образом, чтобы пациент мог вас видеть. Пожилые люди часто страдают выраженным нарушением периферического зрения, плохо фиксируют взгляд на предметах, не видят того, что находится сбоку от них. Это необходимо учитывать и при входе в помещение стараться привлечь внимание пациента, не напугав его. Не следует подходить к такому человеку без предварительного оклика. Необходимо представиться и определить цель посещения. Полезно обращаться к подопечному по имени и отчеству и называть себя при каждом входе в комнату подопечного. Например, «Татьяна Ивановна, это я, Марина, принесла одеяло». Такая «идентификация при входе» помогает пациенту чувствовать себя в безопасности и уменьшает социальную изоляцию.

Необходимо ориентировать подопечного в месте, времени, окружении. При появлении в комнате новых людей или предметов надо описывать их больному, чтобы он имел возможность представить их себе. Например, «Сегодня солнечный день, я открыла дверь на балкон», «Со мной пришел волонтер. Это высокий молодой человек. Сейчас я Вас познакомлю. Он поможет мне вынести мусор». Комментируйте свои последующие действия: «Нам надо принять лекарства. Я сейчас принесу стакан с водой».

Важное значение придается обеспечению безопасности слабовидящего или слепого подопечного. Комната, в которой находится слабовидящий человек, должна быть хорошо освещена, пациент должен иметь возможность легко включить и выключить искусственное освещение. Увеличение освещенности может помочь компенсировать некоторые возрастные изменения зрения, в том числе снижение остроты, снижение контрастной чувствительности, нарушение цветовосприятия. Можно порекомендовать установить в коридоре/прихожей выключатели освещения, реагирующие на движение. Мебель и принадлежности должны находиться на одних и тех же местах. Если подопечный носит очки, они должны быть постоянно доступны, чистые, исправные. На пути подопечного в ванную или туалет не должно быть мебели. Двери должны быть полностью закрытыми или открытыми (полуоткрытая дверь повышает риск травмирования). Последовательность в размещении предметов мебели и дверей помогает подопечному ориентироваться на месте и уменьшает шанс получения травмы. При возможности необходимо оборудовать помещение специальными боковыми поручнями, обеспечить отсутствие ступеней и порогов. Если это невозможно – ступени лестницы и пороги должны быть выкрашены в контрастные светлые тона, чтобы человеку со сниженным зрением было проще их увидеть. Можно рекомендовать светодиодную подсветку плинтусов и порогов.

При необходимости надо оказать помощь слабовидящему пациенту в передвижении. При ходьбе подопечный должен двигаться чуть сбоку и позади помощника, держась за его руку выше локтя. Если

пациент боится ходить таким образом, он может положить обе руки на плечи помощнику, при этом помощник помогает ему двигаться в нужном направлении, поддерживая его вокруг талии. Эти методы передвижения позволяют подопечному чувствовать себя в безопасности.

Во время еды перед человеком с ослабленным зрением не должно быть много предметов. Полезно использовать световые контрасты, чтобы можно было лучше разглядеть предметы, например, на светлом столе поместить темную нескользящую подставку, на ней – светлую тарелку и ложку. Расположение предметов на столе, еды на тарелке удобно объяснять, пользуясь сравнением с циферблатом часов: «Сахарница стоит на 12-ти часах, хлебница с сухарями – на 3-х часах, стакан с горячим чаем – перед Вами, на 6-ти часах». Если у пациента потеря зрения произошла внезапно либо носит временный характер (например, после операции или травмы) необходимо кормить пациента, если же слепота носит постоянный характер – стимулировать к самостоятельному приему пищи, помогая и обучая.

Рекомендуется разговаривать и прикасаться к подопечному во время ухода, если частые прикосновения не нарушают его приватности и не противоречат культурным нормам. Соответствующие прикосновения могут снизить переживание социальной изоляции.

Следует поощрять больного проявлять интерес к внешнему миру, например, предлагая ему книги с крупным шрифтом или аудиокниги, газеты, рекомендовать пациенту использовать увеличительные устройства с подсветкой для чтения или рассматривания деталей, обеспечить доступность очков и увеличительных средств, помогать пациенту в уходе за ними. Облегчить чтение также можно, повысив контрастность текста, например, положив на страницу с текстом черного цвета лист желтой прозрачной пленки. Повысить способность пациента ориентироваться в окружающем пространстве позволит цветная маркировка предметов (например, наклейка красного цвета на плите, желтого – на стиральной машине). Удобно использование часов, которые сообщают время, телефона с большими цифрами. Телефонные номера экстренных служб должны быть запрограммированы на быстрый набор, пациента необходимо научить им пользоваться. Можно использовать своеобразные «тактильные ключи», такие как булавки или пуговица, расположенные в швах, кромке одежды, чтобы помочь подопечному в подборе одежды. Для облегчения приема лекарственных средств используют специальные органайзеры для лекарств с крупными надписями или объемными маркерами. Такой контейнер можно изготовить самостоятельно из пустых спичечных коробков, в качестве маркеров используя лоскутки ткани различной фактуры, пуговицы разных размеров. Эти методы помогут сохранить независимость подопечного.

Уход за подопечными с нарушениями слуха

Нарушения слуха у пожилых людей трудно поддаются выявлению в повседневной жизни. Развивающуюся глухоту часто путают с признаками психической деградации (ответы невпопад, не подходящие к теме разговора эмоциональные реакции). Поэтому выявлению нарушений слуха следует уделить внимание при общении с подопечным. Проще всего это сделать в разговоре. При составлении плана ухода за пациентом с нарушением слуха необходимо особое внимание уделить общению. Первоочередная задача – убедиться в том, что подопечный в состоянии передавать информацию о своем состоянии и потребностях.

Беседуя с подопечным, страдающим нарушением слуха, помощник всегда должен помнить следующие обязательные правила. Фоновый шум необходимо свести к минимуму, выключить телевизор и радио. Следует прикоснуться к руке подопечного перед разговором, чтобы привлечь его внимание. Если пациент пользуется слуховым аппаратом, нужно убедиться, что аппарат работает и включен. Располагаться при разговоре нужно так, чтобы пациент хорошо мог видеть лицо медсестры и в особенности губы. Говорить – медленно и ясно, произносить слова немного громче, чем обычно. Никогда не кричите. Это лишь исказит движения Вашего рта. Перед началом разговора нужно определить его тему, это позволит пациенту правильно интерпретировать то, что будет сказано в дальнейшем. Если подопечный что-либо не понял – изменить следует слова, а не громкость голоса. Сопровождайте речь живой мимикой и жестами. Необходимо убедиться в том, что пациент понимает инфор-

мацию. Это можно сделать, попросив пациента повторить сказанное, ответить на конкретные вопросы. Важную информацию необходимо записать. В трудных случаях полезно привлечь к общению людей, владеющих языком жестов. Главное – доброжелательное отношение к собеседнику. Порой пациент может слышать только тон голоса медсестры, однако и тон может передать ее отношение к своему подопечному.

Необходимо поощрять пациента носить слуховой аппарат. Исследования показали, что слабослышащие люди, которые пользуются слуховым аппаратом, более социально активны, более эффективно общаются, меньше подвержены самокритике, гневу, депрессии. Если подопечный носит слуховой аппарат, необходимо убедиться, что он им пользуется правильно, в соответствии с прилагаемым техническим руководством; периодически проверять, как аппарат работает, не сломан ли, не сели ли батарейки, не забились ли в наушники ушная сера.

Существует множество технологий в помощь слабослышащему человеку – будильники с вибро-режимом, телевизионные каналы с субтитрами, телефонные усилители, устройства громкой связи, программное обеспечение для компьютеров, позволяющее людям с нарушениями слуха отправить набранное сообщение по телефонной сети. Для обеспечения безопасности слабослышащего пациента необходимо дополнительно снабдить пожарные извещатели, дверной звонок, телефон световой сигнализацией – сигнальными лампами, зажигающимися при звонке.

Для предупреждения прогрессирования ухудшения слуха необходимо рекомендовать подопечному с нарушениями слуха избегать чрезмерного шума и носить средства защиты органов слуха в случае необходимости. Нужно уделять внимание нарушениям норм гигиенического ухода за органами слуха – образованию серных пробок, попадание в слуховые проходы инородных предметов и т. д., могут усугублять существующие проблемы со слухом, поэтому подопечного должен регулярно осматривать ЛОР-врач. При наличии серной пробки ее обычно вымывают с помощью шприца и теплого раствора фурацилина. При ухудшении слуха надо проверить, не забились ли сера в отверстие слухового аппарата, и если да, то его тоже необходимо прочистить.

Важно уделять внимание эмоциональным нуждам подопечных, страдающих нарушениями зрения и/или слуха, поощрять их к выражению своих чувств. Слепые, глухие люди глубоко переживают потерю контроля над собственной жизнью, что нередко приводит к депрессии, самоизоляции. Постоянная поддержка позволит подопечному стать более независимым в быту, поддерживать контакты с другими людьми, укрепить социальные связи.

4.7. Особенности ухода на дому за пациентами со специфическими заболеваниями

Особенности ухода за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС) или стенокардия, хроническая недостаточность кровообращения и др.) являются наиболее частой патологией в пожилом возрасте. При сердечно-сосудистых заболеваниях важно регулярно измерять основные гемодинамические показатели АД и пульса.

Надо контролировать регулярность приема сердечно-сосудистых препаратов, их дозировку в строгом соответствии с предписаниями врача, т. к. многие пациенты прекращают прием лекарств как только их самочувствие улучшается.

Очень часто достаточно серьезные случаи патологии сердечно-сосудистой системы у пожилых людей проявляют себя стертыми, не яркими признаками и развиваются постепенно. Поэтому необходимо обращать внимание даже на незначительные и нетипичные жалобы пациентов. Несмотря на то, что ИБС и хроническая недостаточность кровообращения являются хроническими заболеваниями, ухаживая за такими подопечными, вы всегда должны следить за появлением признаков острого проявления ИБС – инфаркта миокарда, так как распознавание этой болезни и начало интенсивного лечения в первые часы является решающим не только для уменьшения размеров инфаркта и риска смер-

тельно опасных осложнений, но и определяет степень выраженности недостаточности кровообращения через многие месяцы и годы.

Для инфаркта миокарда характерны следующие симптомы:

1. Интенсивная сжимающая или жгучая боль в грудной клетке (чаще – за грудиной) с иррадиацией в левую руку, левое плечо, нижнюю челюсть, спину, иногда – в верхнюю часть живота; не прекращающаяся при перемене положения тела или после приема 3–4 таблеток нитроглицерина.
2. Затрудненное дыхание или одышка.
3. Падение артериального давления, головокружение.
4. Прилив крови к лицу или, наоборот, бледность, цианоз.
5. Холодный пот, сопровождающий боль в груди.
6. Изменение частоты и ритма пульса (учащение, замедление или нарушение ритма – аритмия).
7. Иногда – боль только в верхней части живота, тошнота и рвота, не приносящая облегчения.

Помните, что вышеописанная боль в груди бывает у подавляющего числа больных инфарктом миокарда. Во всех случаях подозрения на развившийся инфаркт миокарда вы обязаны немедленно вызвать скорую помощь, по возможности, сообщив заранее о ваших подозрениях.

Уход за подопечным с ИБС. Ухаживая за человеком со стенокардией, убедите его быть как можно более независимым, но так, чтобы это не провоцировало возникновение боли. Предпринимайте для этого следующие меры:

1. Ухаживайте за ним спокойно и неторопливо.
2. Если у него разовьется очередной приступ стенокардии, посоветуйте ему принять нитроглицерин и убедите его прекратить любые движения. Прием нитроглицерина и прекращение физической нагрузки снижает потребность сердечной мышцы в кислороде.
3. В момент приступа посоветуйте ему расслабиться и дышать медленно и равномерно. Эти меры увеличивают доставку кислорода к сердечной мышце.
4. Если он курит, поддерживайте его усилия, направленные на прекращение курения.
5. Поддерживайте усилия подопечного и его родственников по изменению характера питания и режима двигательной активности, предписанного врачом.

Уход за подопечными с хронической недостаточностью кровообращения (ХНК). Ухаживая за человеком, страдающим ХНК, сосредоточьте внимание на том, чтобы улучшить условия для дыхания, а также следите за потреблением им поваренной соли и жидкости. Кроме этого, делайте следующее:

1. Помогая подопечному в его повседневном уходе за собой, давайте ему возможность чаще отдыхать. Люди с хронической сердечной недостаточностью часто устают, даже после небольшой физической нагрузки (умывание, еда и т. д.);
2. Помогайте ему находиться в удобном положении, лучше сидя или полусидя, так, чтобы его поддерживали подушки. В этом положении уменьшается застой крови в легких, что позволяет ему лучше дышать. Ноги подопечного должны быть, по возможности, приподняты, чтобы уменьшить отеки нижних конечностей.
3. Уделяйте особое внимание уходу за ртом. Человек с ХНК может дышать или получать кислород через рот, что вызывает сухость во рту.
4. Обеспечьте подопечному возможность часто пользоваться туалетом. Лекарства, принимаемые пациентом с ХНК, могут повысить как диурез, так и частоту мочеиспускания. Как всегда, немедленно отвечайте на сигналы вызова.
5. Измеряйте и записывайте потребление и выделение жидкости, а также массу тела пациента каждый день. Эти измерения используются медицинскими работниками для определения адекватности проводимого лечения и количества выделяемой "лишней" жидкости.
6. У человека с ХНК также должна быть диета с ограниченным потреблением поваренной соли и жидкости. Однако не стремитесь полностью исключить соль из рациона вашего подопечного, так как это может привести к серьезным нарушениям во внутренней среде организма.

Тяжелыми осложнениями длительного постельного режима являются тромбозы и тромбоземболии, возникающие вследствие длительного неподвижного состояния конечностей и застоя венозной крови в них. В целях профилактики применяют физические упражнения на сгибание, разгибание конечностей в суставах, легкий массаж ног, периодическое их поднятие с помощью подушки, частое изменение положения тела.

В питании больных с сердечно-сосудистой патологией необходимо: диета со снижением количества поваренной соли (слегка подсаливать уже готовую пищу), уменьшение количества потребляемой жидкости, ограничение в рационе жиров животного происхождения, увеличение употребления продуктов, богатых калием.

Особенности ухода за больными с заболеваниями органов дыхания

- В комнате, где находится больной с легочной патологией, должен быть всегда свежий воздух. Необходимо регулярно проводить проветривание данного помещения.
- Кашель бывает сухим или влажным и выполняет защитную роль, способствуя удалению содержимого из бронхов (например, мокроты). Очень важно добиться свободного отхождения мокроты. Для этой цели применяются отхаркивающие или муколитические препараты. Кроме того, больному помогают найти положение (дренажное) на том или ином боку или на спине, при котором мокрота отходит наиболее полно, т. е. осуществляется эффективный дренаж бронхиального дерева. Указанное положение больной должен принимать раз в день в течение 20–30 минут.
- Обучайте подопечного пользованию индивидуальной плевательницей для собирания мокроты, так как выделение большого количества мокроты во внешнюю среду грозит распространением инфекции в окружающей среде.
- Родственники или ухаживающий за подопечным должны обращать внимание на мокроту, ее количество, цвет, запах, изменение в ее характере, например, наличие крови, чтобы вовремя поставить в известность врача.
- Надо следить за частотой, ритмом и глубиной дыхания. При появлении одышки больному придают возвышенное (полусидячее) положение, освобождая его от стесняющей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания.
- У пожилых пациентов, длительно находящихся в постели, развиваются застойные явления в легких. Это может стать причиной развития застойной пневмонии. Поэтому таким пациентам необходимо регулярно несколько раз в сутки проводить комплексы дыхательной гимнастики с надуванием воздушных шариков, мягких резиновых игрушек, регулярно присаживать больных, сочетая с перкуссионным массажем грудной клетки, менять положение тела в кровати. Посоветуйте ему часто делать по 4–5 глубоких вдохов и выдохов в течении дня.

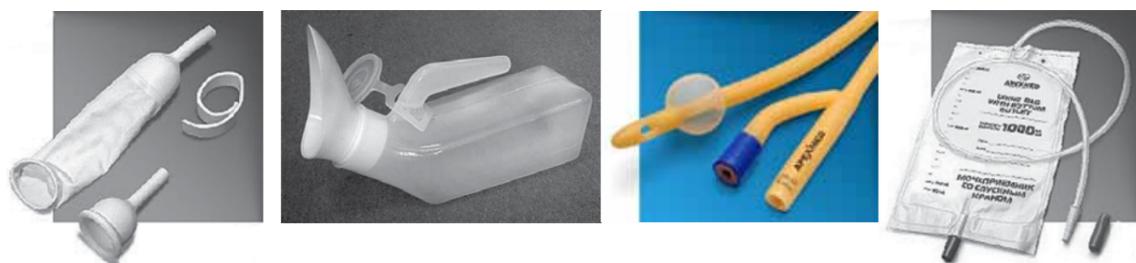
Особенности ухода за больными с заболеваниями органов пищеварения

- При подборе оптимальной диеты для пожилого человека необходимо учитывать секреторное и моторное состояние его пищеварительной системы. Важно, в каком состоянии зубы у подопечного, может ли он самостоятельно пережевывать пищу. Чаще всего пожилым людям рекомендуется гомогенная, термически обработанная и не слишком острая молочно-растительная пища.
- Частыми жалобами у пожилых людей являются постоянные запоры, что в конечном итоге может привести к каловой интоксикации, влияющей на умственную деятельность и состояние психики. Прежде всего, при возникновении таких жалоб необходимо выяснить причину запоров. Это может быть недостаточное употребление жидкости (менее 1 л) или ограничение употребления в пищу богатой клетчаткой пищи, особенно зимой. Запоры могут возникать у престарелых больных в результате инволюционных изменений кишечника. Иногда причиной может быть бесконтрольный, длительный прием медикаментов (транквилизаторов).
- Для профилактики запоров необходимо корректировать диету. Также рекомендуется обучить больных элементарным упражнениям по укреплению мышц брюшной стенки, которые способствуют улучшению кровоснабжения органов пищеварения и профилактике запоров.

Кроме того, необходимо обращать внимание на другие жалобы пациентов (снижение аппетита, изменение характера стула, наличие крови или других примесей в кале и т. д.), т. к. подобные симптомы могут быть первыми признаками серьезных патологических процессов желудочно-кишечного тракта.

Особенности ухода при заболеваниях мочевыделительной системы

- Необходимо обращать внимание на количество, характер, ритм выделяемой мочи, наличие в ней патологических примесей, ночной энурез. Частыми симптомами при заболеваниях почек являются отеки, повышенное артериальное давление, нарушения мочеиспускания.
- Больным с почечной патологией необходимо контролировать употребление в пищу поваренной соли, белков, жидкости строго в соответствии с предписаниями врача.
- При недержании мочи важно соблюдать основные гигиенические мероприятия, направленные на профилактику вторичной инфекции. Рекомендуется проводить подмывание после каждого физиологического отправления со сменой постельного и нательного белья.
- Особое внимание нужно уделять лицам с нарушением функции органов малого таза на фоне тяжелых неврологических расстройств и лицам с выраженными проявлениями сенильной деменции.
- Можно использовать впитывающие прокладки для женщин с недержанием мочи или одноразовые подгузники. Для мужчин с проблемами мочеиспускания можно рекомендовать использование мочеулавливателей в комплекте с мешком для сбора мочи, а также впитывающие прокладки для мужчин.
- При наличии уростомы и использовании зонда-мочеприемника необходима обработка кожи вокруг свища антисептиками и противовоспалительными средствами, а также периодическое промывание мочевого пузыря растворами антисептиков.
- Если больной в состоянии контролировать свои физиологические отправления, широко используются судна и мочеприемники. Судна должны содержаться в чистоте, перед применением их подогревают теплой водой, после использования обрабатывают 3%-м раствором хлорамина.



Мочеулавнитель мужской Утка для женщин Мочевой катетер Мочеприемник

Особенности ухода при нарушениях опорно-двигательной системы

- С учетом функциональных возможностей подопечных надо подбирать для них необходимый двигательный режим, средства и приспособления, помогающие передвигаться.
- При некоторых заболеваниях (остеоартроз) пациентам рекомендуется определенное снижение физической нагрузки на больные суставы, т. к. механическая разгрузка пораженных суставов способствует уменьшению интенсивности болевого синдрома и тормозит прогрессирование патологического процесса. Также необходима коррекция избыточного веса. Кроме того, следует объяснять пациенту технику ходьбы без резких движений, без ношения тяжестей, длительного стояния и пребывания в фиксированной позе. Целесообразно чередовать ходьбу с отдыхом. С целью укрепления мышц рекомендуется выполнять комплекс пассивных движений в суставах, упражнения на изометрическое сокращение мышц, массаж. При тяжелом течении заболевания возникает необходимость научить пациента пользоваться тростью, костылями, ходунками.
- При серьезных нарушениях функций верхних конечностей рекомендуется использование специальных приспособлений – механических захватов, облегчающих двигательные возможности подопечных

- Если пациент не может передвигаться, то можно проводить физические упражнения для здоровых конечностей в положении лежа и сидя. Существуют специальные комплексы упражнений для больной конечности (позвоночника) с учетом характера патологии с привлечением инструктора ЛФК.
- Трудотерапия необходима с целью психотерапевтического воздействия (шитье, вязание, рисование, плетение и т. д.).
- При остеопорозе пожилые люди должны получать с пищей достаточное количество кальция. Суточная потребность пожилого человека в кальции составляет в среднем 1500 мг. Она обеспечивается за счет увеличения содержания в рационе богатых этим веществом молока и молочных продуктов (сыр, йогурт, творог), рыбы, печени, некоторых овощей (сельдерей, капуста брокколи, соя, фасоль, горох, репа и др.), фруктов (курага, инжир, яблоки, чернослив и др.) и орехов (кунжут, миндаль, грецкие орехи и др.). Необходимая суточная доза кальция содержится в 1 л молока или кисломолочных продуктов, либо в 400–500 г сардин с костями, либо в 200 г твердого сыра. Молоко и молочные продукты богаты фосфором, а рыба и печень – витамином D, который способствует всасыванию кальция и фосфора в кишечнике.



Ходунки для передвижения Ходунки-каталка с опорой под локоть Поручни для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата Кресло-туалет

Особенности ухода за пациентом с инсультом (инфарктом мозга)

Инфаркт головного мозга (инсульт) представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения. Как правило, инсульт развивается у людей, страдающих атеросклерозом. Риск инсульта существенно увеличивается с возрастом, а также при наличии артериальной гипертензии и/или сахарного диабета. Различают два вида инсульта: геморрагический и ишемический. Геморрагический инсульт происходит вследствие разрыва сосуда, питающего какую-либо область головного мозга. Ишемический инсульт развивается вследствие тромбоза (закупорки) сосуда. В обоих случаях нарушение кровообращения в области пораженного сосуда приводит к гибели нервных клеток и проводящих путей, что проявляется различными нарушениями в чувствительной, двигательной и высшей психической сферах деятельности центральной нервной системы. Геморрагический инсульт развивается достаточно быстро – за несколько минут, тогда как развитие ишемического инсульта может протекать от нескольких часов до 1–2 суток.

Инсульт может вызвать снижение (парез) или полное прекращение (паралич) двигательной функции конечностей, обычно с одной стороны тела. Это состояние называется соответственно гемипарезом или гемиплегией. Кроме того, как правило, при инсульте (иногда временно) нарушается функция различных групп мышц лица, обычно на стороне, противоположной по отношению к пораженной руке и ноге.

Как правило, инсульт сопровождается нарушением не только двигательной, но и чувствительной сферы. Так, например, на обездвиженной конечности уменьшается или пропадает вовсе тактильная (ощущение прикосновения), температурная и болевая чувствительность.

Осуществляя уход за подопечным, у которого был инсульт, сосредоточьте внимание на конкретных симптомах его заболевания. Это, возможно, поможет восстановить работу его руки и ноги, хотя бы частично. Следите также за обеспечением безопасности передвижений пациента в связи с потерей им части ощущений. Поощряйте его при этом быть независимым.

1. Делайте пассивные упражнения для пораженных конечностей подопечного. Такие упражнения помогут предотвратить контрактуру и сохранят подвижность суставов. Рекомендуйте подопечному, насколько это возможно, использовать непораженную руку и ногу для выполнения упражнений с его парализованными конечностями.
2. Если нарушена функция жевательной мускулатуры и глотания, следите за тем, как пациент ест. Если вам нужно его кормить, всегда кладите пищу в ту сторону рта, которая не поражена парезом. Убедитесь в том, что после еды у него во рту не осталось никакой пищи. Поскольку он частично утрачивает способность ощущать пищу во рту, увеличивается риск поперхивания и асфиксии. Поэтому следите, чтобы подопечный сидел прямо во время еды, так, чтобы ему было легче глотать пищу.
3. Так как у него может быть слюнотечение изо рта на парализованной половине, это может вызвать раздражение кожи. Поэтому следите за тем, чтобы его лицо было чистым и сухим. Если возможно, смазывайте лицо защитным (детским) кремом.
4. Следите за подопечным, когда он бреется. Он может пропустить места, которые он не чувствует, или может порезаться и не почувствовать этого.
5. Предложите ему помощь в выполнении любых процедур личной гигиены, которые могут быть трудными для него из-за его слабости или пареза.
6. Помогайте ему ходить. Идите с его слабой стороны. Ему могут понадобиться "ходунки" или трость для поддержания равновесия.
7. Когда подопечный в постели, положите его парализованную руку на подушку. Когда он не в постели, поддерживайте его руку с помощью поддерживающей повязки. В парализованных конечностях плохое кровообращение, и такое поднятие руки помогает предотвратить застойные явления, а также отек, и сохраняет чувство равновесия.
8. Расположите необходимые ему предметы (очки, слуховой аппарат, телефон, стакан воды и др.), а также сигнал вызова в пределах досягаемости его непораженной конечности.

Особенности ухода за больными сахарным диабетом

Заболевание сахарным диабетом является серьезной проблемой не только для самих больных, но и для их родных, ухаживающего персонала.

Сахарный диабет развивается, когда поджелудочная железа по каким-то причинам не в состоянии выделять в кровь достаточное количество инсулина для того, чтобы глюкоза, поступающая с пищей и образующаяся в организме, могла попасть внутрь клетки. Это приводит к тому, что во всех тканях организма нарушается процесс выработки энергии, изменяется обмен веществ, начинают образовываться вредные токсичные вещества, нарушается их питание. При этом уровень глюкозы в крови повышается.

Различают сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа) и сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа), который встречается наиболее часто (почти 90 % случаев). Несмотря на общие признаки заболевания, связанные с повышением глюкозы крови, данные типы диабета отличаются по подходам к лечению и профилактике.

СД 1 типа – это аутоиммунное заболевание, при котором разрушаются β -клетки поджелудочной железы, поэтому пациентам сразу назначаются инъекции инсулина, болеют чаще люди до 40 лет.

Ведущим фактором развития СД 2 типа является ожирение. Так, риск заболеть СД 2 типа увеличивается в 2 раза при наличии ожирения I степени, в 5 раз – при ожирении II степени и более чем в 10 раз – при наличии очень тяжелой, III степени ожирения. При СД 2 типа поджелудочная железа вырабатывает инсулин, однако он плохо действует из-за нарушения обмена веществ (так называемая инсулинорезистентность) и его недостаточно для обеспечения обмена глюкозы. Поэтому при лечении СД 2 типа сначала используют таблетированные сахароснижающие препараты, которые улучшают работу своего инсулина или стимулируют его выработку, однако через 5–10 лет заболевания большинству пациентов назначается комбинированная терапия: инсулин и таблетки или только инъекции инсулина.

Пожилым людям с впервые выявленным СД 2 типа могут сразу назначить лечение инсулином! Это обусловлено несколькими причинами:

1. Пожилые люди могли иметь не диагностированный СД уже в течение нескольких лет, поэтому у них развилось состояние так называемой вторичной сульфаниламидорезистентности, когда таблетки уже не оказывают действие. Характерно, что при таком состоянии пациенты начинают терять вес.
2. СД 2 типа часто выявляют, когда пациенты обращаются к врачу при обострении хронических заболеваний, перед операциями или при острых состояниях (инфаркт миокарда или инфаркт мозга), когда инсулин назначается по жизненным показаниям. При стабилизации процесса такие пациенты могут быть в дальнейшем переведены на таблетированные сахароснижающие препараты.

Признаки сахарного диабета

Высокая глюкоза крови вызывает сухость во рту, жажду, учащенное и обильное мочеиспускание, чаще ночью, появляется запах ацетона (при СД 1 типа), человек начинает худеть (при СД 1 типа и длительно не диагностированном СД 2 типа), появляется зуд кожи, плохо заживают небольшие травмы, развивается общая слабость, нарушается работоспособность.

При СД 1 типа при длительном отсутствии инсулина может наступить резкое обезвоживание, отравление организма кетоновыми телами вплоть до развития кетоацидотической комы (потери сознания).

СД 2 типа развивается постепенно, поэтому часто диагностируется в течение месяцев и даже лет от начала заболевания. 50 % пациентов с впервые выявленным СД 2 типа уже имеют осложнения.

Основной принцип лечения СД, особенно СД 2 типа, – это правильное питание и двигательная активность, снижение веса при СД 2 типа.

Обучение и контроль сахарного диабета

Пациент с СД, его родственники или человек, который за ним ухаживает, должны быть обучены основам ведения диабета, пройти обучение в Школе сахарного диабета (в стационаре или амбулаторно), должны уметь измерять сахар крови и мочи в домашних условиях, знать принципы питания, корректировать лечение диабета с учетом питания и физических нагрузок и т. д.

Контроль глюкозы – это профилактика острых и поздних осложнений СД. Самоконтроль глюкозы крови в домашних условиях проводится с помощью глюкометра – ежедневно (до еды и через 2 часа после разных приемов пищи).

При СД 1 типа рекомендуется контроль глюкозы не менее 4 раз в день перед каждой едой с последующей коррекцией дозы инсулина. При СД 2 типа – 1–2 раза в день.

Самоконтроль глюкозы мочи проводится с помощью специальных тест-полосок – ежедневно.

Доказано, что выгоднее вкладывать средства в самоконтроль диабета с самого начала заболевания, чем лечить осложнения диабета.

Осложнения сахарного диабета:

1. Острые осложнения СД:
 - гипогликемия (гипогликемическая кома) развивается при низком уровне сахара в крови;
 - гипергликемическая (кетоацидотическая) кома развивается при высоком уровне сахара в крови;
 - присоединение инфекций при диабете.
2. Поздние осложнения СД:
 - микроваскулярные осложнения (поражение мелких сосудов):
 - диабетическая ретинопатия;
 - диабетическая нефропатия;
 - диабетическая полинейропатия (дистальная и автономная),
 - макроваскулярные осложнения (поражение крупных сосудов):
 - ангиопатия сосудов ног;
 - атеросклероз сосудов сердца и головного мозга.

Лицам, осуществляющим уход за больными сахарным диабетом, нужно знать признаки угрожающих жизни острых осложнений сахарного диабета – кетоацидотической или гипогликемической ком.

Таблица 4.4. Основные характеристики кетоацидотической и гипогликемической ком и их различия

Показатель	Кетоацидотическая кома	Гипогликемическая кома
Развитие комы	Постепенное (3–4 дня), возможно 10–12 часов	Быстрое, в течение минут
Анамнез	Впервые выявленный или известный СД, чаще СД 1 типа	Лечение инсулином или препаратами сульфаниламочевина
Поведение пациента	Пассивное	Вначале возбужденное, даже агрессивное
Дыхание	Тип Куссмауля	Нормальное или слегка учащенное
Состояние кожных покровов	Кожа бледная, сухая, снижен тургор	Кожа влажная, вначале гиперемирована
Тонус глазных яблок	Понижен	Повышен
Артериальное давление	Сниженное или значительно сниженное	Нормальное
Симптомы со стороны живота	Рвота, напряжение брюшной стенки, боль при пальпации	Редко рвота
Запах ацетона изо рта	Резко выражен	Отсутствует
Пульс	Учащенный	Учащенный
Суточный диурез	Полиурия (много мочи)	Нормальный
Глюкоза (сахар) крови	Повышена	Резко снижена
Глюкоза (сахар) мочи	Резко повышена	Нормальная или незначительно повышена
Ацетон в моче	Резко повышен	Нормальный или незначительно повышен («голодный» ацетон)
Профилактика	Соблюдение режима лечения СД, своевременное лечение инфекционных осложнений СД и обострений сопутствующей патологии.	Соблюдение баланса между дозой инсулина, временем укола и приемом углеводов. Снижение дозы инсулина при физической нагрузке или дополнительный прием углеводов.

Различают разные степени гипогликемии (низкого сахара крови)

Если пациент с СД ощущает гипогликемию (симптомы-предвестники – повышенная возбудимость, дрожь в руках, чувство голода), надо в первую очередь измерить глюкозу крови (у пожилых людей плохое самочувствие могут вызвать и другие хронические заболевания, не только низкая глюкоза крови). Кроме того, признаки гипогликемии могут появляться при быстром снижении глюкозы, например, с 16 до 6 ммоль/л. Дополнительный прием пищи при этом не требуется.

Гипогликемия развивается у пациентов, получающих лечение инсулином или препаратами сульфаниламочевина (манинил, глибенкламид, диабетон), при недостаточном приеме пищи (углеводов), большой дозе препаратов или физической нагрузке.

1. Легкая гипогликемия – слабые симптомы, состояние быстро восстанавливается. Обычно развивается при глюкозе крови 3,5–4 ммоль/л.
2. Умеренная гипогликемия – активные симптомы-предвестники, человек сам может оказать себе помощь. Обычно развивается при глюкозе крови < 3 ммоль/л.
3. Тяжелая гипогликемия (кома) – когда человеку требуется посторонняя помощь. Могут развиваться судороги и потеря сознания.

Помощь подопечному при легкой и умеренной гипогликемии. При глюкозе крови < 4,0 ммоль/л дайте пациенту 10–20 г быстрых углеводов (10 г глюкозы = 2 чайные ложки сахара = 2 чайные ложки меда = ½ стакана сока). Если пациенту не становится легче, можно повторить дозу быстрых углеводов. Через 7–10 минут, когда симптомы гипогликемии начнут проходить, надо дать длинные углеводы около 10 г (хлеб, печенье).

При тяжелой гипогликемии требуется срочная консультация врача!

Уход за ногами при СД

Особое внимание у пациентов с СД надо уделять уходу за ногами. У пожилых людей с СД старше 70 лет риск ампутаций нижних конечностей выше в 70 раз. Однако 75 % ампутаций нижних конечностей при диабете можно предупредить при правильном уходе и лечении. Необходимо:

1. Осматривать стопы каждый день.
2. Правильно мыть ноги и срезать ногти.
3. Правильно подбирать носки и обувь.
4. При любом повреждении целостности кожи на ногах (язва, трещина) – немедленно сообщать врачу для назначения лечения.



Осмотр ног

Принципы питания при СД

Подходы к контролю питания значительно отличаются у пациентов, получающих инсулин или таблетированные сахароснижающие препараты.

Принципы диеты при СД 2 типа и ожирении. Для снижения веса рекомендуется уменьшить объем порций и общую энергетическую ценность рациона на 20 % от суточной потребности, ограничить прием животных жиров (не более 10 % суточной калорийности) и легко усваиваемых углеводов, принимать пищу 4–6 раз в день небольшими порциями, преимущественно в первую половину дня.

При наличии АГ ограничивают прием соли до 3–4 г в сутки, при повышении холестерина – продуктов, содержащих холестерин (суточное потребление холестерина до 200 мг).

Когда пациента переводят на инсулин, его необходимо обучить подсчету углеводов, принципы диеты при этом соответствуют СД 1 типа.

Принципы диеты при СД 1 типа и СД 2 типа у пациентов, получающих инсулин. Если пациент получает лечение инсулином, необходимо учитывать количество углеводов (УВ) в пище и соответственно регулировать дозу инсулина. Рекомендуется 3 основных приема пищи и 3 перекуса, время приема пищи согласуется со временем инъекций инсулина и пиком действия инсулина.

При подсчете углеводов учитывают граммы или хлебные единицы. Хлебная единица (ХЕ) – это 10–12 г углеводов в любом продукте.

Для примера на картинках отражены размеры порций разных продуктов, содержащих 1 ХЕ (10–12 г углеводов). Также можно смотреть содержание углеводов в табл. 4.5.



Макароны (отваренные)

Картофель

Ягоды

Сладости

Размеры порций разных продуктов, содержащих 1 ХЕ

Таблица 4.5. Основные виды углеводов

Перевариваемые (надо считать)		Неперевариваемые (не надо считать)		
Простые (быстрые, легко усваиваемые)		Сложные (медленные)	Пищевые волокна (клетчатка)	
Моносахариды	Дисахариды	Полисахариды (крахмал)	Нерастворимые (целлюлоза, гемицеллюлоза, лигнин)	Растворимые (пектин, гуар)
Глюкоза, фруктоза, галактоза, (фрукты, ягоды, мед).	Сахароза (сахар), мальтоза (солодовый сахар), лактоза (молочный сахар).	Картофель, крупы, хлеб, макаронные изделия.	Отруби, овощи, хлеб грубого помола, бобовые, кожица фруктов.	Яблоки, груши, цитрусовые овощи, ячмень.
<ul style="list-style-type: none"> быстро всасываются в кишечнике и быстро повышают глюкозу крови; употребление таких углеводов требует определенных правил; лучше есть после еды и вместе с продуктами, которые замедляют их всасывание (клетчатка, жиры – здесь надо учитывать проблемы с весом); можно при физических нагрузках, т. к. являются чистыми источниками энергии; в жидком виде можно только при гипогликемии (напитки на глюкозе); при избытке вызывают ожирение и кариес. 	<ul style="list-style-type: none"> длительно расщепляются в кишечнике и медленно всасываются; медленно повышают глюкозу крови. 	<ul style="list-style-type: none"> нормализуют работу кишечника; создают чувство сытости; уменьшают гнилостные процессы в кишечнике; снижают риск рака кишечника. 	<ul style="list-style-type: none"> выводят из кишечника вредные вещества, токсины, радионуклиды; замедляют всасывание глюкозы; способствуют выведению холестерина; снижают риск заболеваний сердца. 	
Ограничивают при СД (можно не более 10 % суточной калорийности). Применяют при гипогликемии.		Рекомендуют при СД во время каждого приема пищи.	Рекомендуют 30–40 г пищевых волокон ежедневно. Растворимые волокна 10–25 г/день.	

Если пожилые люди получают инсулин, то необходимо следить, чтобы в каждом приеме пищи были сложные УВ для профилактики гипогликемических состояний!

Типичные ошибки при питании людей с СД:

- Низкий сахар после еды – когда в приеме пищи мало углеводов. Например:
 - продукты из творога – содержат в основном белки, если только они не приготовлены с добавлением УВ (муки, сахара).
 - продукты из капусты, овощные салаты без картофеля – содержат клетчатку (неперевариваемые УВ), не считают по УВ, несмотря на большой объем.

Такие продукты полезны, но употребляя только их, пациенты не получают необходимые УВ. Надо добавлять перевариваемые УВ за счет хлеба или др.

- Высокий сахар после еды – когда в приеме пищи много углеводов. Например: при употреблении так называемых диабетических продуктов и напитков на фруктозе. Пациенты с диабетом часто их не учитывают. Фруктоза также повышает глюкозу крови, как и обычный сахар, только несколько медленнее. Такие продукты также надо считать по углеводам.

Общие принципы ухода за подопечными с СД:

- Следите за соответствием режима приема лекарственных средств тому, что предписано лечащим врачом. Помните о том, что через 20–30 мин после приема противодиабетических лекарств (особенно – после введения короткого инсулина) человек должен принять адекватное количество пищи (углеводов). Напоминайте ему об этом, если он забудет.
- Диета – основа лечения диабета. Однако питание должно быть разнообразным (в пределах допустимого), что способствует улучшению аппетита и настроения человека.
- Необходимость хорошего ухода за кожей для профилактики инфицирования и образования пролежней. Очень важно, чтобы кожа была всегда чистой и сухой.
- Хороший уход за ногами. Каждый день осматривайте ноги подопечного, проверяя, нет ли на них порезов или микротравм кожи. У людей с диабетом порезы плохо заживают из-за замедленного кровообращения, и даже самые маленькие ранки могут быть инфицированы. Также может быть нарушена чувствительность, вследствие чего человек с диабетом может не почувствовать травмы.
- Вовремя стригите ногти на ногах вашего подопечного. Если ногти повреждены и уплотнены, необходимо обрабатывать их у специалиста (подотерапевта).
- Сообщайте врачу, если у вашего подопечного ухудшился аппетит, а также если он не соблюдает предписанную диету. Подопечный должен придерживаться диеты, чтобы добиться ровных сахаров и снизить риск осложнений заболевания.
- Помогайте подопечному проверять кровь на содержание глюкозы в течение дня, а также, при необходимости, собирать мочу для анализа. Регулярные анализы помогают следить за содержанием сахара и предупреждать осложнения СД.
- Доклаживайте врачу или медсестре о любых изменениях в обычной деятельности человека, занятиях гимнастикой или стрессах в его жизни. Возможно, есть необходимость изменить диету и дозировку лекарств, чтобы помочь поддерживать баланс обмена веществ.
- Убеждайте человека делать посильные и допустимые физические упражнения, потому что это улучшает кровообращение, а также помогает улучшить работу инсулина.
- Убедите вашего подопечного в необходимости овладения методикой самостоятельного определения уровня глюкозы в крови и моче с помощью глюкометра и тест-полосок на мочу – это поможет вовремя выявить изменения в течении диабета.
- При уходе на дому будьте готовы оказать помощь человеку с симптомами гипогликемии или гипергликемии (см. выше). Если он находится без сознания, немедленно вызовите скорую помощь и, ожидая ее прибытия, следите за жизненно важными функциями организма.

4.8. Особенности оказания паллиативной помощи на дому

Паллиативная помощь – это всесторонняя помощь пациентам с прогрессирующими болезнями в терминальных стадиях развития, целью которой является достижение высокой степени качества жизни пациентов и их семей путем купирования боли и других симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной поддержки. Паллиативная помощь утверждает жизнь, расценивает смерть как естественный процесс, и в философии помощи отсутствует безнадежность и фатализм. Уважение и сохранение достоинства умирающих людей, обеспечение им качества жизни является составной частью защиты прав человека.

ВОЗ определила паллиативную помощь как активную помощь больному, чье заболевание не отвечает на специализированное лечение. Термин "паллиативная" означает "покрывающая" и может трактоваться как окутывающая заботой, опекой, сопровождающая.

Группы пациентов, нуждающиеся в паллиативной помощи:

1. Пациенты с тяжелыми, ограничивающими жизнь заболеваниями, с неблагоприятным прогнозом продолжительности жизни (например, с онкологическими заболеваниями, терминальной стадией СПИД).
2. Пациенты с хроническими прогрессирующими, угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но лечение и контролируемое наблюдение позволяет продлить их жизнь на более длительное время.
3. Пациенты с угрожающими жизни состояниями, имеющими неопределенный прогноз, например, с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы.

Ограниченная продолжительность жизни может определяться по-разному и обычно предполагает ожидаемый срок жизни менее года.

Паллиативная помощь не имеет намерения ни ускорить и ни отсрочить наступление смерти. Паллиативная помощь не предполагает и не должна допускать мероприятий, которые направлены на преждевременное прерывание жизни больного. В то же время, важно отметить, что современные медицинские технологии для неестественного продления жизни в паллиативной помощи не применяются. Врачи не обязаны продолжать лечение, которое является очевидно бесполезным, и лечение, которое является обременительным для больного. Кроме того, пациент имеет право отказаться от лечения. Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни. Время приближения естественного завершения жизни больные должны провести в условиях максимального физического, эмоционального и духовного комфорта.

В основе паллиативной помощи лежат следующие положения:

- Своевременное и адекватное облегчение боли и других симптомов, вызывающих страдания человека.
- Отношение к жизни и смерти как к естественному процессу.
- Отсутствие мероприятий, способствующих ускорению или продлению ухода больного из жизни.
- Включение в комплекс основных мероприятий психологических и духовных аспектов помощи.
- Использование работы в команде, которая направлена на обеспечение нужд больного и его семьи, включая, при необходимости, консультации во время горевания после смерти больного.

Качество жизни больного обеспечивается в том числе и через отношение (действия) к нему персонала, которое должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места пребывания. Это означает:

- выражение сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам больного;
- помощь в решении любых проблем, встающих перед больным;
- подход к каждому пациенту как к личности, а не как к «клиническому случаю»;
- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов больного;
- учет пожеланий пациента при выборе места пребывания.

Принципы общения с умирающим человеком:

- Будьте всегда готовы оказать помощь.
- Проявляйте терпение.
- Дайте возможность выговориться.
- Произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.
- Спокойно относитесь к его гневу.
- Избегайте неуместного оптимизма.

Таблица 4.6. Обеспечение самого хорошего ухода за умирающим человеком

Принцип ухода	Что вы можете предпринять
Безопасность	Ухаживайте как обычно. Несмотря на то, что человек может быть менее подвижен, чем раньше, вы должны следить за его безопасностью. Поддерживайте в палате комфортную обстановку, освещение, достаточную вентиляцию, чистоту и порядок.
Право на уединение	Оставьте человеку как можно больше времени для того, чтобы побыть наедине с семьей и священнослужителем (если он просит о такой встрече), выполняйте свои обязанности быстро и эффективно.
Уважение	Относитесь к человеку как к личности. Продолжайте предлагать ему самому делать выбор и спрашивайте его разрешения всегда, когда вы собираетесь выполнить какую-либо манипуляцию.
Общение	Разговаривайте с подопечным о том, о чем он хочет говорить с вами. Ведите себя открыто и принимайте верования и идеи пациента, хотя они могут отличаться от ваших собственных. Относитесь с уважением к человеку, который может не захотеть разговаривать совсем, осознавая при этом, что ваше неречевое общение несет в себе еще большую, чем обычно, значимость. Смотрите подопечному в глаза и оказывайте ему невербальную поддержку. Когда вы стоите у края кровати человека, положите вашу руку поверх его руки, локтя или плеча. Разговаривайте нормальным тоном и старайтесь не шептать. Даже в случае, если ваш подопечный находится в бессознательном состоянии, не произносите ничего такого, чего вы не хотели бы, чтобы он услышал. Наиболее важные методы общения – выслушивание и прикосновения.
Независимость	Не изолируйте подопечного и не оставляйте его в одиночестве в течение длительного времени. Если он окажется в одиночестве, то может подумать, что вы уже "махнули на него рукой". Однако периодически проверяйте, не хочет ли он побыть в одиночестве, так как умирающий человек может нуждаться во времени для размышлений или молитвы.
Предупреждение инфекционных заболеваний	Предоставьте человеку возможность для самоухода в меру его возможностей и желаний. Умирающий человек не утрачивает гордость и желание управлять своей собственной жизнью. Как обычно, соблюдайте общие меры предосторожности. Вы можете предотвратить инфекционные заболевания, ухаживая за кожей и удовлетворяя потребности подопечного в рациональном питании и выделении. Особенно тщательно ухаживайте за полостью рта, т. к. человек может страдать от сильной сухости во рту.

Общий уход

- При планировании и осуществлении ухода стремитесь к сохранению самостоятельности и независимости пациента от окружающих, насколько это возможно. Поощряйте и стимулируйте пациента к частичному или полному самообслуживанию (в зависимости от состояния больного), за исключением тех ситуаций, когда это может быть опасно: например, при нарастающей слабости некоторые пациенты по-прежнему пытаются обойтись без посторонней помощи, в результате чего получают травмы. Объясните опасность такого отказа от помощи и постарайтесь находиться рядом во время наибольшей вероятности получения травмы (например, утром, когда пациент поднимается с кровати, и перед сном) и ненавязчиво помочь при необходимости.

- При проведении ухода очень важно наличие в достаточном количестве и правильное применение средств для ухода за пациентом: противопролежневых матрацев, ходунков, поильников, памперсов, подкладных кругов, посуды-непроливайки, валиков, подъемников, моче- и калоприемников, суден и др.; средств по уходу за кожей и слизистой пациента: масла, крема, мази.
- Активное участие членов семьи в проведении ухода как на дому, так и в стационаре, важно не только для пациента (для которого ежедневный туалет тела кроме ощущения чистоты и свежести дает еще и ощущение заботы и внимания, вносит разнообразие в монотонное течение дня), но и для самих ухаживающих. Это помогает им справиться с чувством беспомощности, вины и бесполезности, наладить связи, нарушенные болезнью, способствует взаимопониманию между персоналом и семьей и в конечном счете приводит к достижению лучших результатов, предупреждению развития осложнений. Хороший уход является мощным психологическим фактором, влияющим на настроение и самочувствие пациента, облегчает общение.

Психологическая и социальная помощь

С появлением тяжелого заболевания изменяется жизнь не только самого заболевшего человека (появляется зависимость, социальная изоляция, ограничение подвижности), но и меняется жизненный уклад всей семьи. Все имеющиеся (зачастую очень скудные) ресурсы идут на поддержание больного, это огромные затраты времени, внимания, физических и душевных сил. Но эти ресурсы не бесконечны, и какой бы благополучной и дружной ни была семья, неизбежно наступает момент, когда ей требуется помощь извне. А для одиноких пациентов и семей, где больной был единственным кормильцем, эта помощь остро необходима.

Большие проблемы возникают у членов семьи больного. Видеть, как слабеет родной человек и как ухудшается его состояние, поддерживать больного и переживать с ним всю тяжесть болезни – это испытание, которое не каждому под силу. Уход за тяжелобольным порой требует круглосуточного присутствия, и перед ухаживающим встает угроза потери работы и, как следствие, средств к существованию.

Выделяют следующие этапы, которые переживает неизлечимо больной человек и его семья

(по Э. Кублер-Росс, 1971):

1. Нежелание больного и его близких признать близость смерти.
2. Эмоции, протест.
3. Переговоры о продолжении жизни.
4. Надежда; негативная и позитивная депрессия.
5. Приятие и прощание.

Таким образом, для оказания психологической и социальной помощи в решении проблем, возникающих у пациента и членов его семьи, требуется создание команды, состоящей из специалистов различных профилей: психолог, психотерапевт, медсестра, социальный работник; также важна поддержка волонтеров.

Выяснение и влияние на причину проблемы или изменение отношения к ней пациента является важным аспектом работы человека, который ухаживает за ним. Часто достаточно просто поговорить с больным и поддержать его руку, чтобы улучшить, пусть и на короткое время, его самочувствие и настроение. Искренняя заинтересованность, сочувствие, возможность высказаться, получить честные ответы, быть понятым и ощутить поддержку, не остаться одному в тяжелые моменты – это то, что необходимо пациенту.

Признаки приближающейся смерти:

- повышенная температура;
- быстрый, слабый или неритмичный пульс;
- пониженное артериальное давление;
- кожа кажется холодной и влажной на ощупь и выглядит бледной;
- руки и стопы холодеют и бледнеют;

- повышенная потливость;
- недержание кала и мочи;
- периоды учащенного поверхностного дыхания, перемежающиеся периодами замедленного дыхания;
- слизь, скапливающаяся в глотке, может явиться причиной "булькающих" звуков, сопровождающих дыхание;
- потеря сознания или плавный переход из состояния присутствия сознания в бессознательное и обратно;
- потеря двигательной активности;
- потеря способности общаться.

Признаки наступившей смерти

Человек считается умершим только после того, как его обследовал врач и констатировал смерть.

У умершего человека:

- отсутствует пульс, дыхание и артериальное давление;
- зрачки глаз зафиксированы в одном состоянии (движение отсутствует) и расширены;
- по мере того, как кровь приливает к той поверхности тела, на которой лежит человек, на его коже появляются темные пятна (трупные пятна);
- температура тела снижается;
- мочевой пузырь и кишечник могут непроизвольно опорожниться;
- в пределах 6–8 часов после смерти окоченевают конечности (трупное окоченение).

Уход за телом умершего человека

По существующему законодательству, в случаях насильственной или скоропостижной смерти производится обязательное вскрытие трупа. Если смерть наступила в результате длительного хронического заболевания, родственники умершего могут отказаться от вскрытия. Такой отказ должен быть оформлен письменно. Уход за телом умершего человека проводится в соответствии с религиозными и культурными традициями, в которых жил умерший. В любом случае надо помнить, что к телу умершего человека необходимо относиться с уважением и почтением.

ГЛАВА 5. Оказание хозяйственно-бытовых и социальных услуг на дому

5.1. Оказание хозяйственно-бытовой помощи на дому

В повседневной жизни одиноким и одиноко проживающим пожилым и инвалидам приходится сталкиваться с разнообразными бытовыми проблемами, испытывать трудности с ведением домашнего хозяйства, физической работой по дому, с обеспечением себя продуктами питания, предметами первой необходимости и т. д. Повышение с возрастом зависимости в бытовых вопросах является следствием снижения мобильности, функциональных возможностей пожилых и инвалидов.

В Службе сестер милосердия БОКК оказывают следующие виды хозяйственно-бытовых услуг:

- застирание постели, смена постельного белья (коды 48, 49);
- помощь подопечным по ведению хозяйства: различные виды уборок жилого помещения подопечного (коды 35–37, 39–40, 50), в том числе и прилегающей территории (уборка территории, код 38; работа на участке/в саду, код 381);
- уход за домашними животными (код 41);
- сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная доставка (код 43);
- стирка (код 44), глажение одежды, белья (код 45);
- помощь подопечным в осуществлении мелкого ремонта одежды, бытовых предметов и помещений (код 46, 461);
- мытье посуды (код 47);
- приготовление пищи и помощь при приеме пищи (коды 51, 52, 53);
- посещение подопечного в больнице (код 561).

Подопечному, как и любому человеку, небезразлично, когда кто-либо (даже родственники и близкие) дотрагивается до его вещей, поэтому Вы должны с особым вниманием относиться к подопечному и показать ему, что он Вам не безразличен и что Вы с уважением относитесь к его личным вещам и окружающей обстановке.

При оказании хозяйственно-бытовых услуг на дому Вы можете оказаться в разных ситуациях. Подопечные могут проживать в маленьких квартирах, а иногда и в одной комнате. У людей, проживающих в частном секторе, туалет может находиться на улице. Чрезвычайно важно, чтобы Вы умели обходиться доступными для Вас в доме средствами и способствовать тому, чтобы подопечный себя в нем чувствовал хорошо и уютно.

Вы оказываете человеку помощь тем, что сохраняете в его доме безопасную, доброжелательную и спокойную атмосферу, следите, чтобы его вещи были аккуратно сложены, постель заправлена, постельное белье чистое, а также чтобы в жилом помещении было чисто и отсутствовали неприятные запахи. Все это способствует более комфортному проживанию подопечного, а также снижает риск возникновения и распространения инфекции.

Устройство постели больного

Постель должна быть удобной и содержаться в чистоте. Располагают кровать так, чтобы к больному легко было подойти с любой стороны. Для тяжелобольных, нуждающихся в приподнятом положении, необходимо под головной конец кровати сделать подставки. Наматрасник должен быть без бугров и впадин, его следует часто чистить, проветривать, а в случае необходимости – дезинфицировать. Для больных, страдающих недержанием мочи и кала, по всей ширине наматрасника прикрепляют клеенку, хорошо подогнув ее края, что предупреждает загрязнение постели. На наматрасник стелют простыню, края которой подворачивают под наматрасник, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки. Подушки кладут таким образом, чтобы нижняя (без пера) лежала прямо и выдавалась немного из-под верхней. Верхняя подушка (пуховая) должна упираться в стенку кровати.

Застирание постели, смена постельного белья

Смену постельного и нательного белья проводят не реже одного раза в неделю после гигиенической ванны или по мере надобности. Однако одно правило должно соблюдаться неукоснительно: если постель мокрая или испачканная, постельное белье должно быть немедленно заменено, так как на коже подопечного может возникнуть раздражение, что, в свою очередь, ведет к пролежням. Нельзя сушить белье на радиаторах центрального отопления и использовать снова.

Существуют разные способы смены постельного белья. Если пациенту разрешено ходить, он сам может поменять постельное белье с помощью сиделки. Если больному разрешено сидеть, то его пересаживают с постели на стул и перестилуют постель.

При заправке постели подопечного можно сэкономить силы и время, если сложить стопкой постельное белье в порядке его использования так, чтобы наверху находилась нижняя простыня или матрасная прокладка. Кроме того, время будет сэкономлено, если вы сложите одеяла (покрывала) и отложите их на время в сторону на чистое место (например, на спинку стула) до того момента, когда его снова нужно будет постелить.

Экономьте силы и время, заправляя сначала одну половину кровати. Если Вы работаете с одной стороны кровати, Вам удастся использовать более правильную механику тела, так как Вы не перегибаетесь через кровать. Чтобы не поворачивать верхнюю часть тела, стойте непосредственно с той стороны, где Вы заправляете белье под матрас.

В домашних условиях кровать обычно слишком низкая. В такой ситуации для заправки постели Вам придется присесть на корточки или встать на колени, сохраняя при этом верхнюю часть тела в вертикальном положении, что позволит Вам не нагибаться над кроватью. В случае необходимости передвигайтесь вдоль кровати, но не перегибайтесь через нее, пытайтесь дотянуться до разных ее частей. В то же время можно поднять кровать на нужную высоту, используя подручные средства.

При подготовке постельных принадлежностей, необходимых для застирания кровати, используйте выстиранное и выглаженное постельное белье, это позволит предотвратить распространение инфекционных заболеваний. Профилактическими мерами предотвращения распространения инфекций является также мытье рук перед работой с чистым постельным бельем, предотвращение попадания чистого и грязного постельного белья на пол, встряхивание грязного постельного белья. Обязательно плотно сворачивайте и убирайте грязное постельное сразу же после его снятия с кровати подопечного.

Прежде чем снять с кровати грязное постельное белье, проверьте наличие в кровати личных вещей подопечного (очков, зубных протезов или слуховых аппаратов), которые могли быть там оставлены. При застирании постели в первую очередь позаботьтесь о самом подопечном, а после завершения, перед тем, как выйти из комнаты, убедитесь в том, что подопечному удобно.

Во время смены постельного белья некоторые подопечные с нарушением двигательной активности будут находиться в кровати. В данном случае самой большой проблемой является замена нижней простыни и пеленки. Существует 2 способа менять постельное белье "лежащих" больных.

Способ 1:

- грязную простыню складывают или скатывают валиком со стороны головы и осторожно убирают;
- чистую простыню, скатанную как бинт с двух сторон, осторожно подводят под крестец больного, а затем расправляют к голове и ногам. На простыне не должно быть рубцов, заплат, складок.

Способ 2:

- больного передвигают на край постели;
- скатывают грязную простыню по длине в виде бинта;
- на ее месте расправляют чистую простыню, на которую перекалывают больного;
- на другой стороне снимают грязную простыню и расправляют чистую.

Постельное белье обычно меняют два человека с минимальной затратой физических сил со стороны больного.

При заправке постели соблюдайте следующие правила техники безопасности:

- Во избежание нанесения травмы себе и подопечному всегда перекачивайте его только по направлению к себе и никогда от себя.
- В случае, когда подопечный находится в коме, проявляйте такое же уважение к его достоинству, как если бы он находился в сознании. На протяжении всей процедуры подопечный должен быть накрыт верхней простыней.
- Вы должны также убедиться в том, что матрас остается твердым и непыльным, так как пыль может вызвать аллергию, для этого необходимо, по возможности: раз в неделю чистить кровать щеткой или пылесосом для удаления пыли и крошек; по крайней мере раз в месяц переворачивать матрас так, чтобы человек не спал на одном и том же месте, что способствует неравномерному износу матраса.

При смене нательного белья тяжелобольным действуют так:

- подводят руки под крестец больного;
- захватывают края рубашки и осторожно отодвигают ее к голове;
- поднимают обе руки больного и скатанную рубашку снимают через его голову;
- освобождают руки.

Одевают больного в обратном порядке: сначала – рукава рубашки; затем перекидывают ее через голову и расправляют ее под больным.

Для тяжелобольных, например, с инфарктом миокарда, имеются специальные распашонки, которые легко надевать и снимать. Если у больного повреждена рука, то сначала снимают рубашку со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашку в обратном порядке: вначале на больную руку, а затем на здоровую.

Помощь подопечным по ведению хозяйства

Поддержание чистоты в помещении помогает сохранять достоинство человека и снижает возможность возникновения и распространения инфекций. Такие вредители, как тараканы, крысы, мыши, вши и блохи в чистом доме не выживают. Вас также должен беспокоить вопрос безопасности подопечного. Ключевым фактором в этом вопросе является предотвращение возможности падений.

Ваши обязанности отличаются от обязанностей простой домработницы. Целью уборки у подопечного является уничтожение вредных бактерий, предотвращение инфекционных заболеваний и поддержание в доме безопасной обстановки.

Для предотвращения распространения болезнетворных бактерий всегда мойте руки до и после выполнения домашних обязанностей. Желательно иметь при себе собственное мыло и полотенце.

Существуют три вида очистки предметов и помещений:

1. Мытье – предназначено для удаления видимой для глаза грязи.
2. Дезинфекция – предназначена для уничтожения болезнетворных организмов.
3. Стерилизация – предназначена для уничтожения всех микроорганизмов, включая спороносные формы.

Помогая в уборке дома, Вам необходимо соблюдать правила техники безопасности при работе с моющими и чистящими средствами и знать, когда использовать их различные виды, включая четыре основные типа домашних чистящих препаратов:

1. Универсальные чистящие средства для общей чистки различных поверхностей, таких как кухонные столы, стены, полы и плинтусы.
2. Мыло и порошки для чистки ванны, стирки белья и мытья посуды.
3. Чистящие средства для уборки мест, отведенных для мусора, которые тяжело поддаются очистке.
4. Специальные чистящие средства для конкретных целей и поверхностей, таких, как стекла или духовки.

В состав некоторых чистящих средств входят дезинфицирующие вещества. Если необходимо провести дезинфекцию помещения, а в состав имеющихся в вашем распоряжении чистящих средств не входят дезинфицирующие вещества, используйте растворы дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Беларуси. Храните все чистящие вещества только в безопасном месте.

При необходимости вытирайте пыль в доме подопечного раз в неделю. Если пациент страдает аллергией, пыль следует вытирать ежедневно.

В зависимости от потребностей подопечного Вам, возможно, придется подметать, пылесосить или мыть полы. До того, как приступить к мытью полов, спросите разрешения у подопечного. После получения разрешения вымойте полы тряпкой или шваброй, смоченной в горячей мыльной воде, растворе дезинфицирующего вещества (обязательно промойте повторно чистой водой). Насухо вытрите пол сухой шваброй или тряпкой, так как на мокром полу можно поскользнуться и упасть. После мытья полов тщательно вымойте руки.

Весь скопившийся в процессе ухода за подопечным мусор необходимо выбрасывать. Вам придется периодически мыть загрязненное мусорное ведро горячей мыльной водой и споласкивать его дезинфицирующим раствором. Мытье помогает уменьшать количество болезнетворных бактерий и ослаблять запахи, появляющиеся в мусорных ведрах. Во избежание распространения инфекций, после уборки мусора обязательно вымойте руки.

При уборке различных типов мусора соблюдайте следующие правила:

- Перед тем как выбросить пищевые отходы, слейте жидкость, затем заверните пищевые отходы и положите их в высланное бумагой или полиэтиленовой пленкой ведро.
- Никогда не выливайте жир в раковину. Вылейте его в полиэтиленовый пакет для устранения запаха, который может привлечь насекомых, крыс или других вредителей, консервные банки и бутылки следует предварительно споласкивать.
- Загрязненные и промокшие предметы (салфетки, гигиенические пакеты, одноразовые подкладки, специальное нижнее белье для взрослых) сложите в двухслойный полиэтиленовый пакет для мусора, затем завяжите его и положите в закрытое ведро для мусора.

Общие принципы уборки помещений:

1. При планировании уборки квартиры желательно иметь свой инвентарь и моющие средства, потому что у подопечных может не быть всего необходимого.
2. Кратность уборки должна оговариваться в соглашении с волонтером (например, регулярная уборка 1 раз в неделю, генеральная общая уборка после зимы и т. д.).
3. Уборка помещений волонтерами производится только с согласия подопечных.
4. При уборке учитываются принципы инфекционной безопасности и личной безопасности – применяются моющие средства, средства личной защиты (перчатки, фартук и т. д.).
5. Надо учитывать, что есть условно «чистая» и условно «грязная» зоны, поэтому надо иметь отдельные тряпки (одна – для жилых помещений и кухни, другая для туалета и коридора).
6. Если есть только одна тряпка – надо сначала помыть условно «чистую» зону, затем условно «грязную». После окончания уборки воду надо вылить в унитаз, а тряпку тщательно вымыть и просушить.
7. Для мытья санузла и ванной комнаты надо надевать хозяйственные перчатки.
8. После мытья пола надо проследить, чтобы пол был полностью сухим (особенно линолеум), прежде чем разрешить подопечному передвигаться по квартире.
9. Старайтесь не переставлять мебель, а если это необходимо для уборки – надо все поставить и положить на место, потому что пожилому человеку будет сложно ориентироваться и найти свои вещи, если они будут на другом месте.
10. При уборке кухни надо проверить, чтобы была отключена газовая или электрическая плита, после уборки все должно стоять на своих местах.

11. Особое внимание надо уделять мытью холодильника – надо проверять сроки годности продуктов, и при истечении сроков годности сообщить подопечному, что данные продукты нельзя употреблять – опасно. Выбрасывать продукты можно только с согласия подопечных.
12. Кроме того, надо просушить контейнер для хлеба.
13. Большое внимание должно уделяться соблюдению правил безопасности:
 - молодым волонтерам (школьникам и студентам) нельзя мыть окна выше первого этажа;
 - нельзя пользоваться неисправными электроприборами или старыми электроприборами (если нет уверенности, что они в рабочем состоянии);
 - нельзя ремонтировать электроприборы, если нет специального образования.
14. В конце уборки надо проверить, все ли на месте.
15. При возникновении любых конфликтных ситуаций надо сразу сообщить медсестре милосердия или председателю РО БОКК.
16. При отказе пациента от помощи – надо проинформировать медсестру милосердия или председателя РО БОКК.

Особенности выполнения волонтерами отдельных видов услуг

Уборка территории; работа на участке / в саду:

- При планировании уборки территории и помощи в сборе урожая на участке подопечного желательнее иметь свой инвентарь, потому что у подопечных может не быть всего необходимого.
- При работе на участке надо надевать рабочие рукавицы или старые перчатки, рабочую одежду.
- Надо соблюдать правила пожарной безопасности – особенно осенью, когда жгут листья, учитывать пожарную обстановку, надо убедиться, что огонь после сжигания листьев окончательно погас. Молодым волонтерам нельзя самостоятельно разжигать костры, только в присутствии взрослого куратора.
- При уборке снега зимой – надо сбивать обледеневшие места и посыпать их песком.

Топка печи:

- Молодым волонтерам не разрешают работать с топором, бензопилой и другими опасными инструментами.
- Надо четко соблюдать правила пожарной безопасности.

Доставка воды из колодца:

- Надо учитывать силы волонтера и размеры ведра с водой, чтобы не перегружать волонтера.
- В зимнее время надо быть очень аккуратными из-за частого обледенения, надо предварительно отбить лед вокруг колодца.
- Молодым волонтерам (детям и подросткам) не разрешается набирать воду из колодца из-за мер безопасности, а только приносить воду из колонки.

Уход за домашними животными / комнатными растениями:

- Может включать поливание цветов, вытирание пыли с листьев и т. д.
- Надо всегда выяснять, нет ли у волонтера аллергии на животных или растения.
- Если у подопечного есть собака, ее надо предварительно закрыть в другой комнате, чтобы она не покусала, особенно если подопечного посещают молодые волонтеры.

Стирка, сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка

Ухаживая за подопечным, Вы будете следить за его постельным бельем и одеждой. Если пациент страдает недержанием мочи или кала, вполне возможно, что Вам придется стирать несколько раз в день. Для стирки загрязненного постельного белья необходимо выполнить следующее:

- Немедленно снимите с кровати загрязненное постельное белье.
- Твердые отходы спустите в унитаз.
- Если вещи подопечного загрязнены испражнениями, надо простирнуть их и замочить в дезинфицирующем средстве, согласно инструкции по применению.
- При контакте с такими вещами надо всегда пользоваться перчатками.
- Стирайте продезинфицированное белье как обычно.
- Вещи сдаются в стирку или химчистку, если пациент согласен платить за пользование услугами прачечных, химчисток. Надо четко все оговаривать и согласовывать с подопечным.
- Надо узнать о возможности стирки со скидками или бесплатно (в Территориальном центре социального обслуживания или в некоторых ЦМСП).
- Надо аккуратно обращаться со старыми стиральными машинами подопечных, лучше пользоваться ими только после осмотра специалиста.
- Молодым волонтерам (детям и подросткам) нельзя пользоваться электрическим оборудованием.

Мелкий ремонт жилья, бытовых предметов:

- Можно выполнять только то, что не угрожает здоровью и безопасности самих волонтеров.
- Нельзя заниматься ремонтом электрооборудования, электрики (могут только взрослые волонтеры при наличии специального образования).
- Нельзя ремонтировать остекленные поверхности из-за высокой опасности травматизма.
- Примеры мелкого ремонта: прибить полку, вбить гвоздь и т. д.
- Клейку обоев и другие виды специализированного ремонта могут проводить взрослые волонтеры-специалисты или учащиеся строительного колледжа под наблюдением преподавателя.

5.2. Принципы здорового питания и помощь подопечным в приготовлении пищи

Сбалансированное питание очень важно в любом возрасте, не является исключением и старший период жизни человека. Геродиетика – это научно обоснованные рекомендации по рациональному питанию в старости.

Принципы питания практически здоровых пожилых и старых людей заключаются в следующем:

1. *Энергетическая ценность пищевого рациона должна соответствовать реальным энергетическим затратам организма.*

Показано, что энергетическая потребность организма в старости снижается из-за уменьшения интенсивности обменных процессов и ограничения физической активности, составляя в возрасте 60–69 лет и 70–80 лет соответственно около 85 % и 75 % от таковой в 20–30 лет. В среднем калорийность суточного рациона для здоровых пожилых мужчин и женщин должна составлять соответственно 2300 и 2100 ккал, а для старых 2000 и 1900 ккал. Снижение калорийности достигается за счет ограничения сахара, кондитерских и мучных изделий, жирных мясopодуKтов и других источников животных жиров. У пациентов со значительными ограничениями физической активности (лежачих) суточная калорийность может снижаться до 1500 ккал.

Таблица 5.1. Рекомендуемое суточное потребление энергии, белков, жиров и углеводов для пожилых и старых людей

Пол	Возрастные группы, лет	Энергия, ккал	Белки, г		Жиры, г	Углеводы, г
			всего	животного происхождения		
Мужчины	60–74	2300	69	38	77	333
	75 и старше	2000	60	33	67	290
Женщины	60–74	2100	63	35	70	305
	75 и старше	1900	57	31	63	275

2. *Питание людей в старшем возрасте должно быть разнообразным и сбалансированным по основным питательным компонентам.*

В среднем в рационе пожилых людей белки должны составлять 15 %, жиры 25–30 % и углеводы 55–60 %, также требуется достаточное количество витаминов и минеральных веществ, в первую очередь кальция, калия и железа.

Животные белки должны составлять 50–55 % от общего количества белка. В качестве источников животных белков желательны молочные и рыбные продукты невысокой жирности, а также морепродукты. Мясо животных и птиц умеренно ограничивают.

Ограничению подлежат животные жиры, особенно тугоплавкие, в частности мясо и колбасы жирных сортов. Молочные жиры, обладающие легкой усвояемостью, содержащие лецитин и жирорастворимые витамины, могут составить до 1/3 всех жиров рациона. Не менее 1/3 жиров должно составлять растительное масло (20–25 г в день). Предпочтительны нерафинированные растительные масла, в которых больше таких важных для пожилых и старых людей веществ, как фосфатиды, ситостерин, витамин Е, а также растительные масла в натуральном виде (в салатах, винегретах, кашах), а не после тепловой обработки. Однако избыточное потребление растительных масел нецелесообразно из-за их высокой энергоценности и возможности накопления в организме продуктов окисления ненасыщенных жирных кислот.

Предпочтительно употреблять углеводы, богатые крахмалом и пищевыми волокнами (клетчатка, пектин и др.): хлеб из муки грубого помола и с отрубями, крупа из цельного зерна, овощи, фрукты, ягоды. Пищевые волокна необходимы для стимуляции двигательной функции желудочно-кишечного тракта и желчеотделения, так как у пожилых людей нередко запоры и застойные состояния в желчном пу-

зыре. Пищевые волокна также способствуют выведению из организма холестерина. В рационе ограничивают легкоусвояемые углеводы, прежде всего сахар, кондитерские изделия, сладкие напитки.

Потребность пожилых и старых людей в кальции повышается до 1200–1500 мг в день, при этом должно быть достаточное потребление фосфора и витамина Д, тогда кальций лучше усваивается. Количество магния в рационе целесообразно увеличить до 500 мг в день, учитывая его антиспастическое действие, способность стимулировать опорожнение кишечника и желчеотделение. Потребность в железе – 10–15 мг в день вне зависимости от пола. Если в рационе преобладают зерновые продукты и мало мяса, рыбы, фруктов и ягод, их соков, это количество железа может быть недостаточным. Надо учитывать, что в старости нередко отмечаются железодефицитные анемии. При достаточно высоком содержании калия в рационе (3–4 г в день) следует умеренно ограничивать поваренную соль (до 8 г в день), главным образом за счет уменьшения потребления соленых продуктов. При артериальной гипертензии в рационе должно быть не более 6–7 г поваренной соли. Однако полное ограничение соли также может быть опасным для пожилых людей.

Таблица 5.2. Примерное содержание кальция в продуктах питания

Молочные продукты	Размер порций	Содержание кальция, мг
Молоко 1–2 %	250 мл	315
Сыр твердый	50 г	353
Йогурт	175 г	292
Творог	100 г	120

3. *Питание должно быть регулярным с более равномерным по сравнению с молодым возрастом распределением пищи по отдельным приемам.*

Наиболее рационален 4-разовый режим питания: 1-й завтрак – 25 % суточной калорийности рациона, 2-й завтрак – 15–20 %, обед – 30–35 %, ужин – 20–25 %. На ночь желательно употребление кисломолочных напитков и фруктов. При заболеваниях пожилых и старых людей желателен 5-разовый режим питания: 1-й завтрак – 25 %, 2-й завтрак – 15 %, обед – 30 %, ужин – 20 %, 2-й ужин – 10 % суточной калорийности.

По рекомендации врачей возможно включение разгрузочных дней (творожных, кефирных, овощных, фруктовых), но не полного голодания.

4. *Питание пожилых людей должно быть нацелено на профилактику и снижение степени прогрессирования заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых: замедление развития атеросклероза и ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, а также сахарного диабета, желчнокаменной болезни, онкологических заболеваний, остеопороза и другой распространенной в старости патологии.*

5. *В питании пожилых предпочтительно использование продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой перевариваемостью, в сочетании с продуктами, умеренно стимулирующими секреторную и двигательную функции органов пищеварения, нормализующими состав кишечной микрофлоры.*

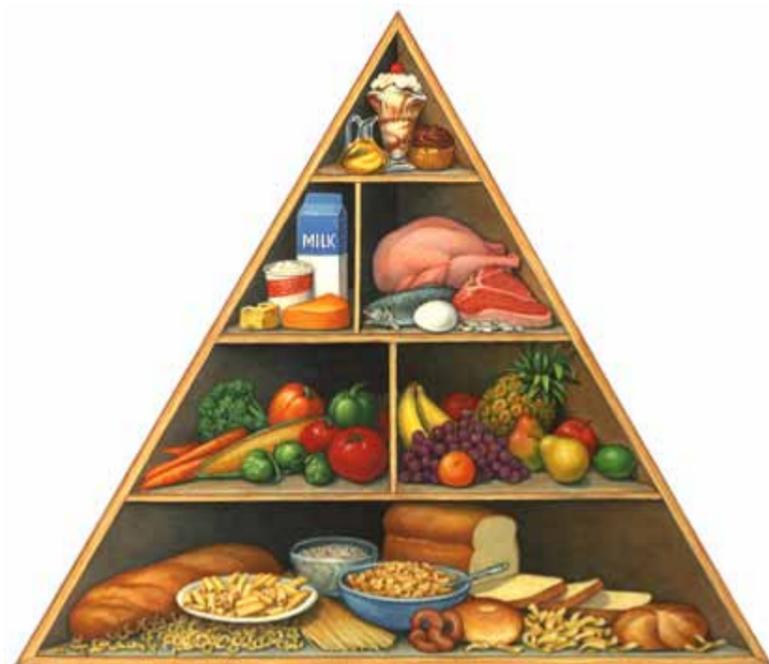
6. *У пожилых людей должно быть достаточное потребление жидкости.* Пожилые люди мало пьют, и с возрастом увеличивается риск дегидратации, а ее последствия очень серьезные: возрастающая утомляемость за счет снижения мышечной силы, повышение в крови мочевой кислоты, что приводит к образованию камней в мочевой системе. Все эти нарушения усиливаются в случае жары, лихорадки, вызывающих повышенное потоотделение, а также в результате диареи. Чтобы обеспечить необходимый водный баланс, рекомендуется употреблять 1,5–2 л жидкости в сутки. Следует включать в рацион соки, компоты, отвар шиповника, слабый чай с молоком или лимоном. Не целесообразно употреблять крепкий кофе или крепкий чай.

7. *План питания должен учитывать индивидуальные особенности пожилого человека: состояние отдельных органов и систем, обмен веществ, сопутствующие заболевания, а также его личные долгие привычки в питании.*

Например, при язвенной болезни в диете как источники животного белка предпочтительны нежирные молочные продукты, рыба и белки яиц в связи с некоторым снижением в старости переваривающей способности пищеварительной системы. Желтки яиц ограничивают в диете до 3–4 в неделю, увеличивают за счет снижения сливочного масла рафинированные растительные масла, которые вводят в рыбные, овощные блюда, нежирный кефир (5 г на стакан).

При наличии у пожилого пациента ожирения для достижения снижения веса суточную калорийность надо рассчитывать с дефицитом 500–1000 ккал в день, учитывая степень ожирения и сопутствующую патологию. При сахарном диабете 2 типа с ожирением необходимо редуцировать суточную калорийность за счет ограничения легко усваиваемых углеводов и насыщенных жиров. Если пациент с сахарным диабетом получает инсулин, необходимо подсчитывать количество углеводов и соблюдать режим питания с учетом инсулинотерапии.

Принципы здорового питания, которые применимы для любого возраста, можно представить в виде пищевой пирамиды:



Пирамида здорового питания

Помощь подопечному в приготовлении пищи на дому

Перед тем, как начать готовить, попросите ознакомить вас с кухней. Если никто не может этого сделать, сделайте это самостоятельно. Каждый человек оборудует кухню по собственному вкусу. Узнайте, где хранятся кастрюли, сковородки, посуда и столовые приборы, чтобы суметь приготовить пищу или расставить чистую посуду. Перед тем, как вы начнете готовить, составьте план и подготовьте все продукты и кухонную утварь, которые могут вам понадобиться. Эти первые шаги предотвратят нежелательную для вас возможность обнаружить в процессе приготовления пищи, что вы что-то забыли. Если вы готовите несколько горячих блюд, убедитесь, что все, что должно быть подано в горячем виде, будет готово в одно и то же время. Например, подавая пирог с мясной начинкой, который готовится в течение часа, и овощи на пару, готовящиеся в течение 10 мин, начните готовить пирог с мясной начинкой в 17 ч, а овощи в 17 ч 50 мин, так, чтобы все было готово к 18 ч. Тщательно готовьте пищу, чтобы уничтожить вредные микробы, сохранить вкус и питательные вещества. Используйте основные технологии приготовления пищи: выпечку, запекание, приготовление пищи на пару, варку. Многие из этих технологий могут быть использованы для микроволновой печи. Следуйте инструкциям производителей для правильного использования микроволновой печи.

Чтобы сэкономить время, готовьте пищу на несколько дней. Используйте то, что остается, для приготовления других блюд. Не забывайте помечать емкости с пищей и ставить пищу в холодильник. Вы также можете положить некоторые остатки продуктов в морозильную камеру, чтобы сохранить их на несколько дней.

Вас могут попросить приготовить обед для подопечного в то время, когда вы находитесь у него, а также приготовить кое-что на ужин и поставить в холодильник, чтобы можно было позже разогреть. Вы должны быть уверены, что на ужин не будет подана та же пища, которую вы подавали в обед, потому что человек нуждается в разнообразной пище с достаточным количеством питательных веществ. Если человеку надоело то, что он ест, он не съедает достаточное количество пищи и недополучает питательные вещества, в которых нуждается.

Тщательно готовьте пищу. Когда вы готовите еду для себя или для другого человека, необходимо:

- прежде всего, вымыть руки;
- перед тем как открывать консервные банки, сполоснуть верхнюю часть поверхности;
- мыть фрукты и овощи перед употреблением;
- соблюдать правила приготовления пищи: тщательно термически обрабатывать (проваривать или прожаривать) мясо, курицу, рыбу;
- мыть посуду и кухонные принадлежности после каждого их использования;
- при обработке кур, свинины или другого мяса тщательно мыть разделочные доски горячей водой сразу же после использования; овощи, которые употребляются в пищу сырыми, следует резать на отдельных досках.

Подача еды на стол

Обычно человек ожидает время приема пищи, но еда может не очень привлекать того, кто болен. Вы можете помочь сделать время еды более приятным, используя некоторые советы:

- Составьте дневное расписание приема пищи и следуйте ему так, чтобы ваш подопечный не расстраивался из-за перемен в нем. Однако, если ваш подопечный не голоден ко времени, когда по расписанию он должен принимать пищу, и хочет есть в другое время, по возможности, пойдите ему навстречу.
- Красиво накройте на стол, чтобы пища выглядела привлекательной и аппетитной. Планируйте блюда, которые сочетают продукты различных цветов.
- Всегда пользуйтесь чистой посудой и свежими салфетками.
- Убедитесь, что пациенту удобно и что он моет руки до и после еды.
- Если ваш подопечный должен есть в постели, но не имеет специального стола для кровати, можно приспособить, например, специально вырезанную картонную коробку.
- Перед использованием готового стола в постели расправьте и натяните одеяло, чтобы подопечный мог легко разместить ноги под столом.
- Предохраняйте одежду подопечного от загрязнения с помощью салфетки или полотенца.
- Для облегчения самостоятельного приема пищи старым человеком есть специальные столовые приборы, накладные бортики для тарелок и т. п.
- Подавайте горячую пищу горячей, а холодную пищу – холодной.
- Не торопите подопечного, когда он ест.
- В том случае, если человек не в состоянии есть самостоятельно, необходимо его кормить. Кормить лучше всего с ложки, маленькими порциями, не торопясь, давать время для того, чтобы пациент хорошо прожевал пищу. При этом нужно пользоваться большой салфеткой или полотенцем. Упавшие на кровать или столик кусочки пищи сразу убирать с помощью салфетки, рот пациента чаще вытирать, если он не очень аккуратно ест.
- Человека, который не может самостоятельно взять стакан с жидкостью и попить, необходимо поить с помощью поильника или трубочки, вставленной в стакан. При наличии у пожилого человека тремора надо использовать максимально тяжелый стакан, наполненный жидкостью наполовину или специальный поильник – стакан с крышкой, имеющей небольшой носик. Нельзя поить пациента, у которого запрокинута голова – он может поперхнуться.

- При плохом уходе за полостью рта, когда во рту у больного развиваются гнилостные процессы, а слизистая оболочка языка покрыта толстым налетом и желание принимать пищу исчезает, необходимо тщательно обрабатывать полость рта после еды (2%-м содовым раствором). При стихании воспалительного процесса желание есть и пить восстанавливается.
- В состоянии старческой деменции, когда старый человек отказывается есть, надо в мягкой форме настоять на своем и накормить или напоить его. Здесь важно не идти напролом, а постараться отвлечь или "обмануть" пациента, т. е. вспомнить тактику кормления маленьких детей («за маму» – «за папу»).
- После еды вытрите стол и уберите тарелку, когда подопечный закончил есть. Не слишком торопитесь убирать. Вымойте руки и, если нужно, лицо подопечного, уложите его удобно. Уберите и проветрите комнату.



Столик для кормления пациентов, находящихся на постельном режиме



Прикроватный передвижной столик



Ограждение для тарелки



Специальный поильник

5.3 Оказание социальных услуг на дому

В Службе сестер милосердия Белорусского Общества Красного Креста оказывают следующие виды социальных услуг подопечным:

- сопровождение подопечного вне дома, в том числе на прием к врачу (код 57), посещение в больнице (код 561);
- покупка продуктов и товаров первой необходимости для подопечных (код 42);
- обеспечение медикаментами подопечных (код 58), оплата жилья, коммунальных услуг (код 59);
- помощь в оформлении документов, написании писем (код 591);
- поддержание общения с подопечным, беседы (код 60), в том числе по телефону;
- чтение (код 61), обеспечение газетами, книгами (код 611);
- поздравление с праздниками (612).

Особенности оказания волонтерами отдельных видов социальных услуг

Сопровождение вне дома, в том числе к врачу:

- Следует четко оговаривать время, когда подопечному надо идти на прием к врачу или в другие места, маршрут, необходима ли машина или будут добираться общественным транспортом и т. д.
- Если пациент не может добираться общественным транспортом, следует заранее договориться, где взять транспорт для доставки подопечного.
- Надо напомнить подопечному заранее приготовить все необходимые документы, проверить перед выходом, взял ли он их.
- Надо проследить, чтобы пациент взял с собой необходимые лекарства, которые следует принимать регулярно по часам (в случае задержки) или которые могут понадобиться для экстренного

контроля заболевания (таблетки от давления, ингалятор при бронхиальной астме, глюкоза, если пациент с диабетом получает инсулин и т. д.).

- Надо постоянно сопровождать своего подопечного, не оставлять его одного.
- С молодыми волонтерами надо обсудить правила поведения в общественных местах.

Покупка и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости:

- Следует четко оговаривать с подопечным эту услугу, согласен ли он доверить деньги волонтеру.
- Следует заранее составить перечень продуктов или товаров, которые надо купить, предполагаемую сумму покупок и варианты замены, если не будет данного товара.
- Надо оговаривать, что покупки будут совершаться только в ближайшем магазине. Если за продуктами или другими необходимыми вещами надо ехать, следует обговорить время, затраченное на поездку и стоимость проезда волонтера.
- После совершения покупки надо обязательно отдать чек подопечному и вернуть сдачу.

Содействие в обеспечении медикаментами (рецепты, покупка):

- Следует заранее оговаривать доставку медикаментов с подопечным, напомнить, что для получения лекарства нужен рецепт, особенно при льготном обеспечении.
- Если у пациента нет рецепта или истек срок его действия, надо вызвать врача или отвести подопечного на прием к врачу.
- Надо заранее согласовать, что лекарства будут покупаться в близлежащей аптеке, обговорить возможный вариант замены лекарства, если в наличии нет выписанного. Если в близлежащей аптеке нет в наличии данных лекарств, надо согласовать время, затраченное на поездку в другую аптеку, и затраты волонтера за пользование транспортом.

Оплата жилья, коммунальных услуг:

- Оплата производится только по квитанциям об оплате за коммунальные услуги, показания за потребляемую электроэнергию и воду волонтеры оплачивают по полученным данным от подопечных.

Помощь в оформлении документов, написании писем:

- Оформление документов, заполнение бланков волонтерами производится только в присутствии подопечного либо с его личного разрешения. Письма пишутся под диктовку, после написания прочитываются вслух, для согласования.

Поддержание общения с подопечным, беседы, в т. ч. по телефону. Чтение, обеспечение газетами, книгами:

- С подопечным согласовываются время посещения, темы бесед. При необходимости по запросу подопечного в соответствии с его пожеланиями волонтер приносит книги или журналы, газеты из библиотеки.

Поздравление с праздниками:

- Желательно, чтобы поздравление подопечного происходило в присутствии медицинской сестры милосердия, обязательно с согласия подопечного.

5.4. Оказание помощи медсестре милосердия в ЦМСП

Волонтеры могут оказывать следующую помощь медсестре милосердия в Центре медико-социальной помощи (ЦМСП):

- уборка помещений ЦМСП (код 72);
- работа с грузами гуманитарной помощи (прием, выдача, оформление и др.) (код 72).

При проведении уборки необходимо пользоваться правилами, описанными в главе 3.3.1.

К работе с гуманитарным грузом привлекаются волонтеры, предварительно ознакомленные с документацией, правилами выдачи и не имеющие медицинских противопоказаний для подобного рода занятий.

5.5. Участие волонтеров в фандрейзинге ССМ БОКК

Фандрейзинг (сбор средств) ССМ БОКК – деятельность, базирующаяся на уникальной миссии ССМ БОКК и стратегических целях, использующая эффективные и продуктивные способы получения ею ресурсов, необходимых для обеспечения устойчивого финансирования ССМ в целях реализации ее программ и достижения стоящих перед ней целей, обеспечивающая желаемую удовлетворенность дарителю (источнику ресурсов) и имеющая конечным результатом улучшение здоровья и качества жизни населения, профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни.

Целью фандрейзинга ССМ БОКК является обеспечение ресурсами основной деятельности ССМ БОКК, направленной на реализацию ее миссии и для оказания медико-социальной помощи уязвимым категориям граждан на дому и в центрах медико-социальной помощи БОКК.

Основной задачей фандрейзинга ССМ БОКК является поиск источников финансирования для оплаты труда сотрудников Службы сестер милосердия БОКК (прежде всего, медицинских сестер милосердия) с целью расширения штата, обеспечения медико-социальной помощью как можно большего количества нуждающихся и повышения качества обслуживания. При этом используются различные источники, привлекая средства местных бюджетов, средства государственных и международных целевых программ, спонсорские средства организаций, пожертвования населения.

Принципы фандрейзинга ССМ БОКК

Принципы фандрейзинга ССМ БОКК соответствуют «Политике Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца в области партнерских отношений с корпоративным сектором»:

1. Финансовая помощь, оказываемая государством, бизнесом, частными лицами и благотворительными фондами, является одним из источников активности ССМ БОКК и создает независимую от источника базу деятельности. Спонсоры, поддерживая ССМ БОКК, не должны выдвигать условия, которые способствовали бы нарушению автономии и самостоятельности БОКК.
2. Привлечение финансовой помощи для развития ССМ БОКК строится на основе принципа добровольности.
3. При осуществлении фандрейзинга ССМ БОКК не вступает в партнерские отношения с компаниями, занимающимися деятельностью, которая противоречит задачам и принципам БОКК.
4. Фандрейзинг ССМ БОКК не вступает в противоречие с миссией БОКК в целом и с его базовыми стратегиями. Деятельность по фандрейзингу ССМ является продолжением стратегии и тактики БОКК по планированию и управлению.

Направления фандрейзинга ССМ БОКК, цели привлечения необходимых ресурсов:

- оплата труда сестер милосердия, прежде всего медицинских сестер милосердия, увеличение количества ставок сестер милосердия;
- материально-техническое обеспечение деятельности медицинских и младших сестер милосердия для обслуживания подопечных ССМ БОКК;
- материально-техническое обеспечение центров медико-социальной помощи;
- обеспечение лекарственными средствами, средствами реабилитации и средствами медицинского ухода подопечных ССМ БОКК;
- оплата текущих расходов ССМ БОКК.

Программа сбора средств для деятельности ССМ БОКК:

- направлена на потенциальных доноров и построение долгосрочных отношений с донорами на основе взаимного интереса, ставшими партнерами ССМ БОКК;
- выбирает соответствующие методы для обращения к каждой группе, на которую возлагается надежда относительно получения финансовых средств;
- определяет и классифицирует перспективы относительно возможной суммы пожертвований;
- разрабатывает убедительные аргументы для перспектив дарения;
- использует современные технологии сбора средств;
- включает систему PR-мероприятий собственной социально важной деятельности с учетом укрепления авторитета социально ответственных партнеров;
- просчитывает эффективность планируемых фандрейзинговых мероприятий;
- контролирует приход средств из запланированных программ сбора;
- использует различные способы отчетности перед общественностью.

Важным компонентом стратегии ССМ БОКК является активное привлечение волонтеров в мероприятия по фандрейзингу.

Способы участия волонтеров в мероприятиях по фандрейзингу:

- Участие в проведении разнообразных мероприятий и акций, организованных БОКК, раздача листовок с информацией о подопечных ССМ и потребностях ССМ, дежурство возле копилки с флаерами и стенд-плакатами ССМ БОКК «ПОМОГИТЕ НАМ ПОМОЧЬ ДРУГИМ» и т. д.
- Организация и участие в благотворительных вечерах, организованных при поддержке организаций-партнеров, с приглашением постоянных и потенциальных спонсоров для отчета о деятельности ССМ БОКК и привлечения к спонсорству в поддержку ССМ БОКК.
- Волонтеры очень нужны БОКК не только для участия в отдельных акциях. В компаниях помимо денег есть огромный ресурс – это профессиональные знания и умения сотрудников. Большинство крупных компаний имеет в своем штате опытных финансистов, юристов, маркетологов и пиарщиков, которые могут помочь разработать стратегию и выбрать современные методы фандрейзинга.

Список литературы

1. Балаболкин, М.И. Диабетология / М.И. Балаболкин. – М. : Медицина, 2000. – 671 с.
2. Волонтерская политика Белорусского Общества Красного Креста. Молодежная политика Белорусского Общества Красного Креста / Белорусское Общество Красного Креста. – Минск, 2008. – 18 с.
3. Волонтерский менеджмент. Пособие для сотрудников и молодежных лидеров Белорусского Общества Красного Креста / Белорусское Общество Красного Креста. – 2007. – 74 с.
4. Европейское руководство по оказанию первой помощи / Отдел образования представительства Красного Креста Бельгии во Фландрии; пер. БОКК. – Минск : ООО «Белсэкс», 2010. – 40 с.
5. Мычко, О.В. Паллиативная помощь // Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / БОКК ; под ред. д-ра мед. наук проф. В.П. Сытого. – Минск : Белсэкс, 2011. – С. 178–210.
6. Орлова, Т. Запоры у онкологических пациентов // Сестринское дело. – 2008. – № 5. – С. 44–47.
7. Основы ухода в домашних условиях: Учебное пособие. – М. : Издательство «Мосби», 1997. – 411 с.
8. Основы ухода в домашних условиях: Справочное пособие / Науч. ред. И.И. Тарновская. – Минск : УП «Илатан-М», 2001. – 404 с.
9. Положение о Службе сестер милосердия Белорусского Общества Красного Креста / Белорусское Общество Красного Креста. – Минск : ООО «Принтхаус», 2010. – 74 с.
10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г. № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».
11. Принципы организации работы с волонтерами и лицами, осуществляющими неформальный уход на дому, в Службе сестер милосердия Белорусского Общества Красного Креста / БОКК. – 2010. – С. 39.
12. Руководство для ухаживающих за больными. МедУход.ru [Электронный ресурс] / Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, Круглый стол по религиозному образованию и диаконии, Информационно-образовательный центр «Соучастие». – URL: [http:// www.meduhod.ru/home.htm](http://www.meduhod.ru/home.htm).
13. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи / В.С. Глушанко, В.В. Колбанов, И.В. Левицкая, И.Н. Мороз, С.А. Морозова, Т.Г. Светлович, С. Эглофф ; под общ. ред. В.В. Колбанова ; Белорусское Общество Красного Креста [и др.]. – Минск : [ВГМУ], 2008. – 185 с.
14. Справочник по клинической эндокринологии / под ред. Е.А. Холодовой. – Минск : Беларусь, 2004. – 542 с.
15. Сытый, В.П. Старение человека. Особенности оказания медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста / В.П. Сытый, С.В. Барковская // Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / БОКК ; под ред. д-ра мед. наук проф. В.П. Сытого. – Минск : Белсэкс, 2011. – С. 144–169.
16. Тарновская, И.И. Основы ухода в домашних условиях: Справочное пособие / И.И. Тарновская. – Минск : УП «Илатан-М», 2001. – 404 с.
17. Туркина, Н.В. Современные абсорбирующие средства для пациентов с недержанием мочи / Н.В. Туркина, Г.Я. Игнатова, Н.Г. Даршт // Медицинская сестра. – 2009. – № 1. – С. 13–17.
18. Устав Белорусского Общества Красного Креста : [принят XV съездом ОКК БССР 17.04.1991 г. : изм. и доп. Устава (Устав в новой редакции) приняты XXII съездом БОКК 20.05.2011]. – Минск : [б. и.], 2011. – 47 с.
19. Филатова, С.А. Геронтология : учебник / С.А. Филатова, Л.П. Безденежная, Л.С. Андреева. – Изд. 4-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2006. – 512 с.
20. Ackley, Betty J. Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care / Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig. – St. Louis : Mosby Elsevier, 2008.
21. Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice / Edited by Karen Holland, Jane Jenkins, Jackie Solomon, Sue Whittam. – Edinburgh : Churchill Livingstone Elsevier, 2008. – 528 P.
22. Bastable, S. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. – 3rd ed. – Johns & Bartlett Publ., 2008. – 564 P.
23. Chachkes, S. Cross cultural issues in patients education / S. Chachkes, G. Christ // Patient Education and Counseling. – 1996. – No 27. – P. 13–21.
24. Kinaesthetics: Концептуальная система / European Kinaesthetics Association (ЕКА) ; Розмари Зутер, Бригитта Марти-Тойбер, Штэфан Кнобель, Штэфан Марти-Тойбер. – Изд. 3-е., испр. – ЕКА, 2009. – 60 с.
25. Knowles, M. The modern practice of adult education. – Cambridge, New York, 1980.
26. Saarmann, L. Patient teaching to promote behavioral change / L. Saarmann, J. Daugherty, B. Riegel // Nurs Outlook. – 2000. – No 48. – P. 281–287.
27. Volunteering in the European Union. Final Report. 17 February 2010 / Educational, Audiovisual & Culture Executive Agency (EAC-EA). Directorate General Education and Culture (DG EAC).



Белорусское Общество Красного Креста
Служба сестер милосердия БОКК



АНКЕТА ВОЛОНТЕРА

Спасибо за Ваш интерес и желание стать волонтером Белорусского Общества Красного Креста и Службы сестер милосердия БОКК.

Заполните, пожалуйста, данную форму так полно, насколько это возможно.

1. Дата заполнения _____
2. ФИО (полностью) _____
3. Дата рождения: _____ Возраст _____ Пол _____
4. Адрес _____
5. Контактные телефоны, которые мы можем использовать, чтобы связаться с Вами
Тел. дом.: _____ Тел. раб.: _____ Моб.: _____
E-mail: _____
6. Образование _____
7. Место работы/учебы _____
8. Дополнительное обучение, курсы за последние 5 лет: _____
9. Владеете ли иностранными языками, если да, то каким _____
Уровень: свободно, средний, начальный (нужное подчеркнуть) _____
10. Имеете ли опыт работы волонтером, если да, укажите название организации, свою должность и продолжительность сотрудничества _____
11. Имеете ли опыт проведения тренингов, семинаров
Если, да, то каких _____
12. Имеете ли личный автотранспорт водительские права
13. Из каких источников Вам стало известно о работе волонтером _____
14. Укажите имена и контакты двух человек, которые могут дать рекомендацию:
Имя _____ Тел.: _____
Имя _____ Тел.: _____
15. Контактное лицо, с которым мы можем связаться, чтобы передать информацию для Вас
Имя _____ Тел.: _____

16. Сферы Вашего интереса в качестве волонтера

РАБОТА КАКОГО РОДА ВАС ИНТЕРЕСУЕТ			
<input type="checkbox"/> Уход на дому	<input type="checkbox"/> Первая помощь	<input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ/СПИДа	
<input type="checkbox"/> Административная работа		<input type="checkbox"/> Фандрейзинг (привлечение средств)	
<input type="checkbox"/> Противодействие торговле людьми		<input type="checkbox"/> Информация (PR)	
С КАКИМИ ПОДОПЕЧНЫМИ ВЫ БЫ ХОТЕЛИ РАБОТАТЬ			
<input type="checkbox"/> женщина	<input type="checkbox"/> мужчина	<input type="checkbox"/> пожилой человек	<input type="checkbox"/> взрослый
<input type="checkbox"/> молодой	<input type="checkbox"/> ребенок	<input type="checkbox"/> семья с детьми	<input type="checkbox"/> инвалид
<input type="checkbox"/> иммигрант	<input type="checkbox"/> человек после психического стресса		
<input type="checkbox"/> другое _____			
ГДЕ БЫ ВЫ ХОТЕЛИ РАБОТАТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО			
<input type="checkbox"/> на дому	<input type="checkbox"/> в Центре медико-социальной помощи		
<input type="checkbox"/> с группой людей	<input type="checkbox"/> с отдельным человеком		
СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ И КОГДА ВЫ МОЖЕТЕ УДЕЛЯТЬ РАБОТЕ ВОЛОНТЕРОМ			
<input type="checkbox"/> 1-2 раз в неделю	<input type="checkbox"/> 1-2 раза в месяц	<input type="checkbox"/> другое _____	
<input type="checkbox"/> днем	<input type="checkbox"/> вечером	<input type="checkbox"/> только в выходные	
<input type="checkbox"/> в любое время	<input type="checkbox"/> сколько часов в неделю _____		
Дополнительная информация			

17. Информация о подопечном, которому Вы сейчас помогаете (если имеется)

ФИО подопечного _____
Адрес подопечного _____
Телефон подопечного _____
Другая информация _____

Ознакомлен(а) с принципами деятельности Белорусского Общества Красного Креста, Волонтерской политикой БОКК и Кодексом этики БОКК и согласен(на) руководствоваться этими принципами в своей работе волонтера

Подпись _____

Дата _____

Пожалуйста, приложите к анкете две свои фотографии



**Белорусское Общество Красного Креста
Служба сестер милосердия БОКК**



**АНКЕТА
нуждающегося в помощи волонтера БОКК**

Заполните, пожалуйста, данную форму так полно, насколько это возможно.

- Дата заполнения _____
- ФИО (полностью) _____
- Дата рождения: _____ Возраст _____ Пол _____
- Адрес _____
- Тел. дом.: _____ Моб.: _____ E-mail (если есть): _____
- Проживаете одиноко или с семьей _____
- Контактное лицо, с которым мы можем связаться, чтобы передать информацию для Вас
ФИО _____
Адрес: _____ Тел.: _____
- Ваше образование _____
- Ваша профессия _____
- Ваше любимое занятие _____
- С каким волонтером Вы бы хотели общаться

<input type="checkbox"/> женщина	<input type="checkbox"/> мужчина	<input type="checkbox"/> пожилой человек	<input type="checkbox"/> взрослый
<input type="checkbox"/> молодой	<input type="checkbox"/> ребенок	<input type="checkbox"/> семья с детьми	<input type="checkbox"/> инвалид
<input type="checkbox"/> человек после психического стресса	<input type="checkbox"/> другое _____		

Почему Вы нуждаетесь в помощи волонтера, и какую конкретную помощь Вы от него (нее) хотите получить:

Какая у Вас основная проблема со здоровьем, можете ли Вы сами передвигаться, какие подручные средства используете:

Кто еще оказывает Вам помощь в настоящее время

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> семья | <input type="checkbox"/> социальная служба | <input type="checkbox"/> медсестра милосердия |
| <input type="checkbox"/> поликлиника | <input type="checkbox"/> другое _____ | |

12. Информация о волонтере, который (ая) Вам сейчас помогает (если имеется)

ФИО волонтера _____
Адрес волонтера _____
Телефон волонтера _____ E-mail волонтера _____
Другая информация _____

Подпись нуждающегося человека _____

Дата _____

Место, где собиралась информация _____

Имя и подпись человека, который помогал заполнять анкету _____



**Белорусское Общество Красного Креста
Служба сестер милосердия БОКК**



**СОГЛАШЕНИЕ
об оказании волонтерских услуг нуждающемуся лицу**

проживающего по адресу: _____
 ФИО нуждающегося _____
 Организация БОКК _____
 Наименование городской/районной организации БОКК _____
 именуемая в дальнейшем «БОКК» и волонтер (лидер волонтерской группы) _____
 ФИО волонтера (лидера волонтерской группы) _____
 именуемый в дальнейшем «волонтер» заключили настоящее соглашение о выполнении следующего перечня услуг нуждающемуся лицу на период с _____ по _____.

код	Список услуг	Кратность оказания услуг
	Индивидуальный уход	
1	Гигиеническая ванна (душ, уход за телом в ванной комнате)	
2	Обмывание (уход за телом в постели)	
3	Обтирание (уход за кожей)	
5	Уход за съемными зубными протезами	
6	Уход за полостью рта, полостью носа	
7	Помощь при одевании/раздевании	
8	Профилактика пролежней (действия, направленная на устранение факторов риска и предупреждение развития пролежней)	
13	Уход за волосами (мытьё, расчесывание)	
14	Бритьё	
15	Ножная ванна	
16	Уход за ногтями, стрижка ногтей	
19	Оказание помощи при подъеме с постели, укладывании в постель	
20	Поворачивание пациента в постели (придание пациенту удобного положения в постели)	
21	Смена постельного белья тяжелобольному, находящемуся в постели	
22	Помощь в использовании мочеприемника, судна, ночного горшка	
23	Смена памперсов	
24	Тренировка ходьбы дома	
25	Тренировка ходьбы на улице/прогулка с пациентом в инвалидной коляске	
	Хозяйственно-бытовые услуги	
35	Первоначальная общая уборка	
36	Еженедельная уборка 1-комнатной квартиры	
37	Еженедельная уборка 2-комнатной квартиры	
38	Еженедельная уборка прилегающей к дому территории	
381	Работа на участке/в саду	
382	Топка печи, содействие в обеспечении топливом	
383	Доставка воды (из колонки/ колодца)	
39	Уборка кухни	

40	Уборка ванной комнаты/туалета		
41	Уход за домашними животными/комнатными растениями		
42	Покупка и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости		
43	Сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка		
44	Стирка		
45	Глажение одежды, белья		
46	Ремонт одежды		
461	Мелкий ремонт жилья, бытовых предметов		
47	Мытье посуды		
48	Застилание постели		
49	Смена постельного белья		
50	Приведение в порядок (на прикроватном столике, тумбочке, кровати подопечного)		
51	Подогревание пищи, приготовление завтрака		
52	Приготовление обеда		
53	Помощь при приеме пищи		
561	Посещение подопечного в больнице		
	Социальные услуги		
57	Сопровождение вне дома, в т.ч. к врачу		
58	Содействие в обеспечении медикаментами (рецепты, покупка)		
59	Оплата жилья и коммунальных услуг		
591	Помощь в оформлении документации, написание писем		
60	Беседа с одиноким пациентом		
61	Чтение		
611	Обеспечение газетами, книгами		
612	Поздравление с праздниками		
	Общие виды деятельности		
70	Собрания коллектива/совещания		
71	Фандрейзинг		
72	Работа с грузами гуманитарной помощи (прием, выдача, оформление и др.)		
73	Уборка помещения ЦМСП		
	Другие виды услуг		

БОКК берет на себя следующие обязательства: предоставлять волонтеру (лидеру волонтерской группы) необходимую информацию, организовывать обучение по соответствующим темам, уважать честь и индивидуальные потребности волонтера, проводить собрания, на которых волонтер может высказать свое мнение и замечания.

Подпись председателя РО БОКК _____ / Фамилия _____
 Подпись волонтера (лидера волонтерской группы) _____ / Фамилия _____

«С настоящим соглашением ознакомлен. На оказание услуг согласен»
 Подпись подопечного _____ / Фамилия _____

Дата _____



Дневник учета работы волонтера ССМ БОКК



Белорусское Общество Красного Креста
Служба сестер милосердия БОКК

ФИО подопечных

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

ФИО волонтера _____
Контактные данные волонтера _____

код	Дата/номер подопечного
Индивидуальный уход	
1	Гигиеническая ванна (душ, уход за телом в ванной комнате)
2	Обмывание (уход за телом в постели)
3	Обтирание (уход за кожей)
5	Уход за съемными зубными протезами
6	Уход за полостью рта, полостью носа
7	Помощь при одевании/раздевании
8	Профилактика пролежней (действия, направленная на устранение факторов риска и предупреждение развития пролежней)
13	Уход за волосами (мытьё, расчесывание)
14	Бритьё
15	Ножная ванна
16	Уход за ногтями, стрижка ногтей
19	Оказание помощи при подъеме с постели, укладывании в постель
20	Поворачивание пациента в постели (придание пациенту удобного положения в постели)
21	Смена постельного белья тяжелобольному, находящемуся в постели
22	Помощь в использовании мочеприемника, судна, ночного горшка
23	Смена памперсов
24	Тренировка ходьбы дома
25	Тренировка ходьбы на улице/прогулка с пациентом в инвалидной коляске
Хозяйственно-бытовые услуги	
35	Первоначальная общая уборка
36	Еженедельная уборка 1-комнатной квартиры
37	Еженедельная уборка 2-комнатной квартиры
38	Еженедельная уборка прилегающей к дому территории
381	Работа на участке/в саду
382	Топка печи, содействие в обеспечении топливом

код	Дата/номер подопечного
383	Доставка воды (из колонки/ колодца)
39	Уборка кухни
40	Уборка ванной комнаты/туалета
41	Уход за домашними животными/комнатными растениями
42	Покупка и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости
43	Сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка
44	Стирка
45	Глажение одежды, белья
46	Ремонт одежды
461	Мелкий ремонт жилья, бытовых предметов
47	Мытье посуды
48	Застилание постели
49	Смена постельного белья
50	Приведение в порядок (на прикроватном столике, тумбочке, кровати подопечного)
51	Подогревание пищи, приготовление завтрака
52	Приготовление обеда
53	Помощь при приеме пищи
561	Посещение подопечного в больнице
Социальные услуги	
57	Сопровождение вне дома, в т.ч. к врачу
58	Содействии в обеспечении медикаментами (рецепты, покупка)
59	Оплата жилья и коммунальных услуг
591	Помощь в оформлении документации, написание писем
60	Беседа с одиноким пациентом
61	Чтение
611	Обеспечение газетами, книгами
612	Поздравление с праздниками
Общие виды деятельности	
70	Собрания коллектива/совещания
71	Фандрайзинг
72	Работа с грузами гуманитарной помощи (прием, выдача, оформление и др.)
73	Уборка помещения ЦМСП
Другие виды услуг	

Подпись волонтера _____

Подпись сотрудника БОКК _____

Дата _____

Образец удостоверения волонтера ССМ БОКК



Набор волонтера ССМ для оказания помощи на дому

1. Чистящее средство (500 г) 1 шт.
2. Моющее средство для стекол (500 мл) 2 шт.
3. Чистящее средство для унитаза (750 г) 1 шт.
4. Стиральный порошок (2 кг) 1 шт.
5. Салфетки для мытья 2 уп.
6. Жидкое мыло 1 шт.
7. Пакеты для мусора (35 л 15 шт.) 2 уп.
8. Перчатки хозяйственные 10 пар
9. Средство для мытья посуды 1 шт.
10. Сумка волонтера 1 шт.
11. Фартук, косынка.
12. Щетки, швабра, набор для мытья окон и т. д.
13. Набор для хозяйственно-бытовой работы (молоток и т. д.).

Белорусское Общество Красного Креста		Служба Сестер Милосердия БОКК	
Удостоверение волонтера № _____		Удостоверение действительно до:	
Фамилия _____	_____	* _ _ 20 _ г. _____	_____
Имя _____	_____	* _ _ 20 _ г. _____	_____
Отчество _____	_____	* _ _ 20 _ г. _____	_____
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Фото </div>	Дата выдачи	* _ _ 20 _ г. _____	_____
	* _ _ 20 _ г. _____	* _ _ 20 _ г. _____	_____
Подпись волонтера _____	_____	* _ _ 20 _ г. _____	_____
Организация БОКК _____	_____	* _ _ 20 _ г. _____	_____
Подпись представителя организации БОКК _____	_____		
М.П.		Волонтер БОКК – это человек, который добровольно и бескорыстно предлагает свои услуги БОКК на регулярной или периодической основе для оказания помощи уязвимым людям.	

Производственно-практическое издание

Составители:

Анацко Светлана Николаевна,
Вайнилович Елена Геннадьевна,
Матусевич Юлия Владимировна,
Русинович Елена Ивановна,
Хаткевич Дина Яковлевна

ОСНОВЫ УХОДА НА ДОМУ

Пособие для волонтеров

Службы сестер милосердия

Редактор С.Н. Беляковский
Корректор Е.Н. Анисимович

Подписано в печать 12.12.2011 г. Формат 60x84/8. Бумага Херох Performer 80 г/кв.м .
Печать цифровая. Усл. печ. л. 14,7. Уч.-изд. л. 10,36. Тираж 515 экз. Заказ 17311.

Издатель и полиграфическое исполнение: ООО «Белсэнс»

Специальное разрешение (лицензия) № 02330/0548536
на право осуществления издательской деятельности от 26.06.2009 г.

Специальное разрешение (лицензия) № 02330/0494217
на право осуществления полиграфической деятельности от 03.04.2009 г.

Республика Беларусь, 220029, г. Минск, ул. Чичерина 19, офис 006
тел./факс + 375 17 293–43–78 e-mail: belsens@open.by