

Безодежно уважати и почитати



**Свято-Димитриевское училище
сестер милосердия**

Основы ухода за больными на дому

**Пособие для работы в группе
и самостоятельного изучения**

**Альфред Фогель и Георг Водрашке
при участии: Герды Месснер, Хуберта Ректенвальда,
Рези Ресслер, Вильфрида Росманита, Бернгарда Швеллинга,
Гертруды Сковронски**

Научный редактор: Флинт А. В.
Перевод с немецкого языка Сумбатовой Н. Р.
Макет: Алейник А. П., Шемшур А. В.

Москва 2000

**Издание книги на русском языке
стало возможным благодаря
финансовой помощи
Диаконической службы
Евангелической Церкви в Германии**

УДК 616-083

ББК 53.5

© — Georg Thieme Verlag, 1974

© — Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, 1998, 2000

Содержание

1. Больной и его окружение	5	6. Заболевания, вызванные длительным постельным режимом	103
Комната больного		Пролежни	
Кровать больного		Воспаление легких	
Контакты с окружающим миром		Тромбозы	
2. Положение больного	28	Контрактуры суставов	
Оборудование кровати больного		7. Медикаменты и питание	129
Застилание постели больного		Обращение с медикаментами	
Положение больного в кровати		Домашняя аптечка	
Вспомогательные средства для создания определенного положения больного		Питание и кормление	
3. Постель, перестилание постели, смена постельного и нательного белья	42	8. Тренировка мышц у лежачих больных	149
Взбивание подушек		Изометрические упражнения для лежачих больных	
Приподнимание больного и подтягивание его к изголовью кровати		Изометрическая программа тренировок	
Смена пеленок		9. Уход за тяжелыми и хроническими больными	167
Смена нательного белья		Формы обращения с больным	
Перестилание постели и перемещение больного		Процедуры, входящие в понятие ухода за больным	
Вспомогательные позиции		Подсобные работы	
4. Наблюдение за больным. Часть 1.	77	Основные принципы ухода	
Сердце и кровообращение		10. Помощь умирающему	185
Пульс		Умирание	
Дыхание		Поддержка умирающего	
5. Наблюдение за больным. Часть 2.	87	Смерть	
Наблюдение за больным		11. Пожилой и старый человек	198
Признаки заболеваний		Расхожие мнения и предубеждения, касающиеся старых людей	
		Старение как развитие	
		Современная помощь престарелым	

Тогда скажет Царь тем, которые по правую сторону Его: "Приидите, благословенные Отца Моего, наследуйте Царство, уготованное вам от создания мира. Ибо алкал Я, и вы дали Мне есть; жаждал, и вы напоили Меня; был странником, и вы приняли Меня; был наг, и вы одели Меня; был болен, и вы посетили Меня; в темнице был, и вы пришли ко Мне."

Мф. 25, 34 - 36

1

Больной и его окружение

Комната больного

Кровать больного

Контакты с
окружающим миром

Учебные задачи

Первая группа задач: комната больного

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо:

- уметь называть важнейшие предметы обстановки комнаты больного;
- уметь определять, какие предметы необходимо и какие желательно иметь в комнате больного;
- уметь определять, где наилучшим образом должна быть расположена кровать больного;
- понимать, какое значение для ухода имеют расположение больного, отопление в комнате, проветривание, уборка и освещение помещения;
- осознавать, что обстановка в комнате больного должна быть здоровой и в то же время соответствующей индивидуальности больного.

Вторая группа задач: кровать для больного

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо:

- уметь назвать предметы оснащения и функции кровати больного;
- знать, какими способами и вспомогательными средствами обычная кровать может быть преобразована в кровать для больного.

Третья группа задач: контакты с окружающим миром

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо:

- уметь определять, в каких случаях опасность изоляции и одиночества больного может быть преодолена с помощью предоставления в его распоряжение средств массовой информации;
- признавать, что в трудных для ухода случаях следует уделять особое внимание психическим и социальным связям больного.

Комната для больного

Оборудование

Часто возникает необходимость оборудовать жилую комнату обычной квартиры для длительного пребывания в ней больного. При этом нередко возникают различные трудности, вызванные тем, что обстановка в комнате не соответствует требованиям ухода за больным.

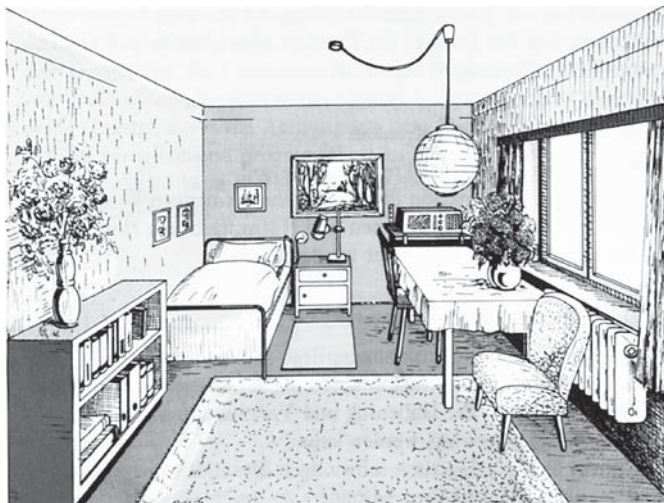


Рис. 1

Какие предметы вы считаете необходимыми для ухода за больным? Какие предметы желательно иметь? Отметьте крестиком в соответствующих клетках таблицы.

Табл. 1

Предметы	необходимо	желательно
1 Кровать		
2 Кушетка		
3 Ковер		
4 Цветы		
5 Тумбочка		
6 Шкаф		
7 Стул/ кресло		
8 Стол		
9 Прикроватный коврик		
10 Книжная полка		
11 Настенные украшения		
12 Осветительные приборы		
13 Зеркало		
14 Радио/ телевизор		
15 Звонок		
16 Приспособление для умывания		
17 Гардины/ шторы/ жалюзи		
18 Гардероб		

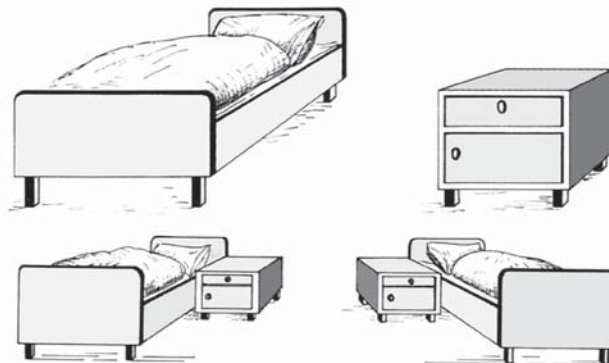
Проверьте по приведенному ниже ответу, правильно ли вы выбрали предметы, необходимые в комнате больного.
 Ответ:

Предмет №	Необходимо					Желательно							
	1	5	7	8	12	15	2	4	6	9	10	11	14

Итак, вы знаете, что для ухода за больным необходимы следующие предметы:

Кровать

Кровать всегда следует предпочесть кушетке (тахте). По возможности обычную кровать следует переоборудовать в кровать для больного. Более подробную информацию об этом см. на стр. 20.



Тумбочка

Служит для хранения личных вещей, а также мочеприемника и подкладного судна.

Расположение тумбочки по отношению к кровати зависит от характера заболевания и желания больного.

Стул/кресло

Необходим в каждой комнате для больного для временного размещения постельных принадлежностей и нательного белья при смене их у больного, а также для посетителей.



Стол

Широкая плоская поверхность стола создает идеальную возможность для размещения всего необходимого. Стол должен быть легко доступен для сиделки.

Осветительные приборы

Освещение не должно ослеплять больного. Настольная лампа должна быть достаточной мощности.

Звонок

Это может быть колокольчик, с помощью которого больной может дать о себе знать, электрический звонок, домашний телефон или автоматическое устройство для вызова.

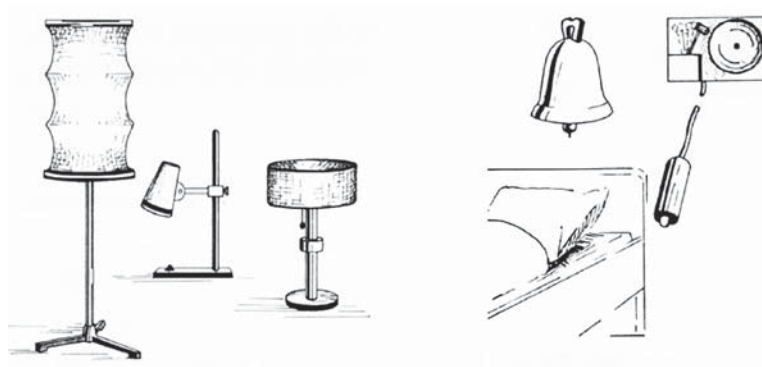


Рис.3

Комната, оснащенная только необходимыми предметами, останется холодной и лишенной индивидуальности. Одна из возможностей сделать комнату более уютной – покрыть пол ковром или хотя бы положить прикроватный коврик. Некоторые одобряют это, другие решительно отвергают. Что вы думаете по этому поводу?

Считаете ли вы, что из комнаты должны быть удалены ковры и прикроватные коврики?

Да

Нет

Сравните ваш ответ с нижеприведенными рассуждениями.

Ответ:

Оба варианта могут быть правильными, если учесть следующее:

- Маленькие (в том числе прикроватные) коврики, которые не скользят по полу, можно оставить в комнате больного; напр., моющийся коврик для ванной.
- Большие ковры можно оставлять в комнате в тех случаях, когда у больного нет инфекционного заболевания.
- При инфекционных заболеваниях больной должен находиться в помещении, пол и стены которого легко поддаются дезинфекции (линолеум).
- Вопреки прежней точке зрения сегодня считается, что привычные и любимые больным предметы следует оставлять в его комнате.

Атмосфера в комнате больного станет значительно приятнее, если комната будет обставлена дополнительными предметами и тем самым будет выглядеть более жилой. В этой связи следует прежде всего упомянуть:

Настенные украшения	Картины, памятные фотографии, сувениры, привезенные из путешествий, настенные ковры и т. д.
Цветы	Зеленые растения и цветы без запаха можно оставить в комнате больного. Сильнопахнущие цветы следует ночью удалять из комнаты. Цветы, вызывающие аллергические реакции, например, примулу, нельзя оставлять в комнате больного.
Занавеси	Занавеси не только придают помещению атмосферу теплоты, но и приглушают дневной свет, часто слишком резкий для больного.

ЗАМЕЬТЕ:

Еще несколько лет назад было принято удалять из комнаты больного все, не являющееся абсолютно необходимым. Из-за этого в комнате больного возникла излишне строгая, лишенная индивидуальности обстановка.

Гигиеническая обстановка в комнате - это всего лишь одно из требований!

Следует учитывать также привязанность больного к картинам, фотографиям, памятным для него предметам. Такие предметы отвлекают больного от болезни и могут служить хорошим поводом для бесед с посетителями. В комнате больного, таким образом, следует создавать здоровую и личностную атмосферу.

Помещение

Если один из членов семьи длительное время соблюдает постельный режим, то рекомендуется выделить ему отдельную комнату или так оборудовать его собственную комнату, чтобы по возможности соблюдались следующие требования:

Расположение солнечная сторона Учитывается сторона света: лучше всего подходит комната на юго-восточной стороне; в окна такой комнаты в летнее время солнечные лучи падают не прямо; зимой, напротив, в них падает солнечный свет.

изоляция от шума Расположение внутри квартиры: при всех обстоятельствах следует заботиться о том, чтобы, больной подвергался как можно меньшей шумовой нагрузке (шум транспорта, крики играющих детей, телефон, дверной звонок). В то же время необходимо, чтобы комната больного была расположена достаточно близко от хозяйственных помещений (кухня, ванная), с тем чтобы больной мог позвать кого-либо и быть услышан теми, кто за ним ухаживает (следует также предоставить больному звонок).

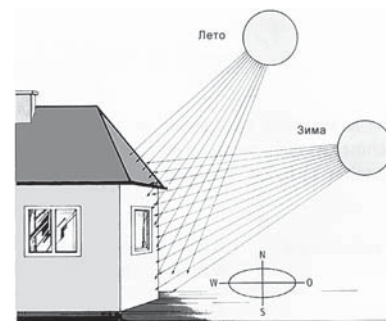


Рис. 4

Отопление равномерное тепло Температура в комнате: 18-20° С.
При центральном отоплении следует поддерживать равномерную влажность воздуха (при помощи сосудов с водой). При необходимости можно воспользоваться электрообогревателем с регулятором температуры.

Проветривание сухость Необходимо регулярно проветривать комнату, чтобы в ней всегда был свежий воздух. При проветривании следует всячески избегать сквозняка (отгородить больного ширмой, платком или зонтиком).

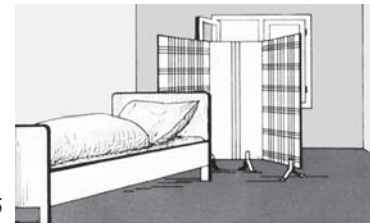


Рис. 5

Уборка чистота Ежедневная уборка: Пол и предметы обстановки следует подвергать регулярной влажной уборке (ценные предметы мебели протирать тканью с антистатическими свойствами). Ковры и ковровые покрытия чистят пылесосом, чтобы избежать скопления пыли. При заразных заболеваниях необходима также дезинфекция помещения.

Освещение рассеянный свет Освещение не должно быть слепящим. Больной должен иметь возможность читать по вечерам. Для чтения в его распоряжение следует предоставить соответствующие осветительные приборы, причем следует обратить внимание на их устойчивость, безопасность и мощность.

приглушенный свет При уходе за тяжело больными, а также старыми людьми часто необходимо оставлять на ночь приглушенный свет, чтобы избежать возникновения у больного чувства страха и нарушения ориентации во времени и пространстве.

При длительных заболеваниях проветривание, освещение и уборка могут превратиться в серьезную проблему.

В табл. 2 дано задание, в котором вы должны ответить на вопросы, касающиеся проветривания, отопления и уборки помещения больного. Вспомните при этом ваше собственное жилище, перечитайте наш обзор и подумайте, как можно было бы решить сформулированные ниже проблемы.

Табл. 2

Проветривание		Отопление		Уборка	
<i>Проблема:</i>	<i>Решение:</i>	<i>Проблема:</i>	<i>Решение:</i>	<i>Проблема:</i>	<i>Решение:</i>
Спертый воздух	_____	Регулирование отопления	_____	Ежедневная уборка помещения:	_____
Запахи готовящейся пищи	_____	Сухость воздуха	_____	Пол	_____
Запахи выделений человека	_____	Отсутствие отопления	_____	Мебель, предметы обстановки	_____
	_____		_____		_____
	_____		_____		_____

Сформулируйте ваши предложения по решению данных проблем и внесите их в соответствующие клетки таблицы. Сравните ваши предложения с данными ниже ответами.

Табл. 3

Ответ:

Проветривание		Отопление		Уборка	
<i>Проблема:</i>	<i>Решение:</i>	<i>Проблема:</i>	<i>Решение:</i>	<i>Проблема:</i>	<i>Решение:</i>
Спертый воздух	Открыть окна (проветрить)	Регулирование отопления	Комнатный термометр и/или регулятор температуры	Ежедневная уборка помещения: Пол	Протереть влажной тряпкой или пропылесосить
Запахи готовящейся пищи	Закрыть дверь кухни	Сухость	Увлажнитель воздуха		
Запахи выделений человека	Проветривать (о других мерах см. стр.97 и далее)	Отсутствие центрального отопления	Электро-обогреватель	Мебель, предметы обстановки	Протереть влажной тряпкой (тканью с антистатическим действием)

Решение вышеприведенных проблем становится еще более трудным, когда, например, заболевает одинокий человек, проживающий в однокомнатной квартире, в которой он постоянно находится, спит, готовит пищу. Наряду с уже известными вам проблемами отопления, проветривания и уборки в такой ситуации возникают дополнительные трудности, которые зачастую могут быть преодолены только с помощью соседей.

В подобных ситуациях могут возникнуть такие проблемы, которые незаметны вначале и могут быть замечены только со временем при большом внимании к людям.

Кровать для больного

Расположение кровати в комнате

Для больного важно, в каком месте комнаты располагается его кровать.

Характер заболевания пациента таков, что его подвижность в кровати не ограничена. Определите, какое из положений кровати в комнате на рис. 6 (имеется в виду односпальная кровать без колесиков) наиболее благоприятно для больного.

Учтите при этом, что:

- следует избегать сквозняков;
- больной должен видеть входящих в комнату;
- больной должен иметь возможность смотреть в окно;
- больному желательно чувствовать себя защищенным (что достигается угловым расположением кровати).

Отметьте крестиком ту кровать, которая, по вашему мнению, расположена наилучшим образом! Проверьте ваш выбор по табл. 4.

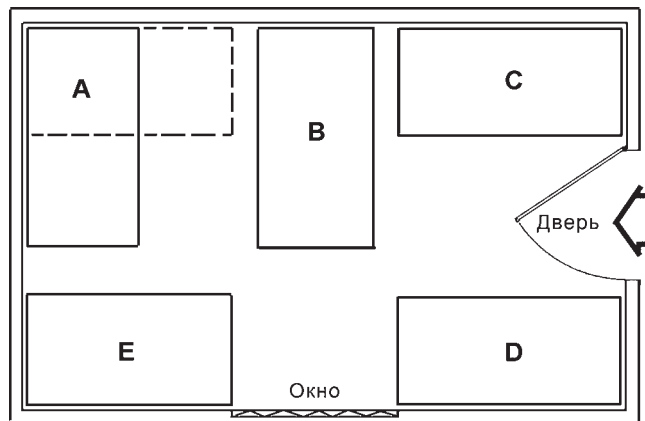


Рис.6

Ответ:

Табл. 4

Кровать	Расположение	Преимущества	Недостатки
A	Наиболее благоприятное	Отсутствие сквозняка Возможность смотреть в окно Видимость двери Защищенность	Подход только с одной стороны
B	Благоприятное (см. справа текст под рубрикой “Заметьте”)	Отсутствие сквозняка Видимость окна Видимость двери Подход с обеих сторон	Недостаточное чувство защищенности Слепящий дневной свет
C	Условно благоприятное	Отсутствие сквозняка Возможность смотреть в окно Защищенность	Плохая видимость двери Подход только с одной стороны
D	Неблагоприятное	Защищенность	Плохая видимость двери Сквозняк Подход только с одной стороны
E	Условно благоприятное	Отсутствие сквозняка Видимость двери Защищенность	Отсутствие возможности смотреть в окно Подход только с одной стороны

ЗАМЕТЬТЕ:

В тех случаях, когда характер заболевания требует двустороннего подхода к кровати, наиболее благоприятным является расположение B, так как в этом случае в уходе за больным (например, при перестилании постели) могут участвовать сразу два человека. В каждом конкретном случае следует решить, что является более важным - чувство защищенности у больного (угловое расположение кровати) или возможность подхода к кровати с двух сторон. Можно воспользоваться передвижной кроватью на колесах. Таким образом обеспечивается двусторонний подход к кровати и одновременно чувство защищенности у больного.

Высота кровати

Рассмотрите рисунки 7 и 8 и найдите различия между ними.

Ответ:

Обычная кровать

- низкая (30–40 см)
- неподвижная
- сплошной матрас
- деревянная конструкция (трудная для обработки)
- не предусмотрена возможность установки дополнительных средств ухода

Кровать для больного

- высокая (65 см)
- передвигается на колесиках
- подвижный головной конец
- металлическая эмалированная конструкция (легко обрабатывается)
- скострирована с учетом возможной установки дополнительных средств ухода.



Обычная кровать

Рис. 7

Кровать для больного



Рис.8

Вы установили, что кровати имеют следующие свойства:
Подумайте, почему высота кровати больного должна иметь высоту 65 см. Отметьте крестиком ту причину, которая, по вашему мнению, является самой важной:

Это делается в интересах лица, ухаживающего за больным

Это делается по желанию больного

Это облегчает мытье пола

Сравните ваш ответ с данными, приводимыми на следующей странице.

ЗАМЕТЬТЕ:

Кушетка может использоваться в качестве кровати больного только временно, в случае необходимости. Большая ширина двухспальной кровати существенно затрудняет процесс застилания и перестилания постели. При длительных заболеваниях использование односпальной кровати становится неизбежным.

Ответ:

Самая важная причина увеличения высоты кровати больного до 65 см – это интересы лица, осуществляющего уход за больным.

На приведенных здесь рисунках показано, какие нагрузки падают на позвоночник при уходе за больным.

На рисунке 9 показана сиделка, которая наклоняется над постелью больного так сильно, что центр ее тяжести помещается над кроватью. При поднимании груза этим способом спина подвергается такой сильной нагрузке, что происходит перенапряжение межпозвонковых хрящей. При поднимании тяжести, например, пациента, согнутая спина до полного выпрямления позвоночного столба должна преодолеть достаточно большое расстояние (перемещение на большой угол). Люди, склонные к заболеваниям позвоночника, могут при этом получить травму позвоночника.

На рисунке 10 показана сиделка, которая приседает, приподнимая больного. Спина сиделки при этом находится почти в вертикальном положении. При поднимании груза этим способом на позвоночник падает меньшая нагрузка, что позволяет меньше напрягать межпозвонковые хрящи. Таким способом сиделка может приподнять больного с меньшими усилиями и с меньшей нагрузкой на спину.

неправильно
большой угол наклона



1. Нагрузка
2. Позвонки
3. Межпозвонковый хрящ

правильно
маленький угол наклона



1. Нагрузка
2. Позвонки
3. Межпозвонковый хрящ

Рис. 9

Рис. 10

Вы поняли, что существуют правильный и неправильный способы поднимания груза. В приводимой справа таблице 5 перечисляются сначала признаки неправильного способа поднимания груза. Сравните по приведенным рисункам угол наклона верхней части корпуса, положение тела, растяжение позвоночника сиделки, а также вес груза.

Внесите в свободные клетки таблицы признаки, определяющие правильный способ поднимания груза.

Табл. 5

Положение тела	Неправильный способ	Правильный способ
Спина	сильно изогнута ("скрючена")	
Колени	почти выпрямлены	
Позвоночник	чрезмерно растянут	
Межпозвоночные хрящи	напряжены (под угрозой)	

Сравните ваши записи с ответом в табл. 6.

Ответ:

Положение тела	Неправильный способ	Правильный способ
Спина	сильно изогнута ("скрючена")	почти прямая
Колени	почти выпрямлены	согнуты
Позвоночник	чрезмерно растянут	испытывает нормальную нагрузку
Межпозвоночные хрящи	напряжены (под угрозой)	не деформированы

ЗАМЕТЬТЕ:

Правильный способ поднимания груза помогает справляться даже с большими грузами без риска для здоровья. Работы с сильно изогнутым позвоночником могут быть отнесены к вредным для здоровья.

Теперь вы понимаете, почему высота кровати больного должна составлять не менее 65 см. Эта высота позволяет сиделке поднимать груз с несильно согнутой спиной, что щадит позвоночник.

Обычная кровать превращается в кровать для больного

Обычную кровать можно переделать в кровать для больного, увеличив расстояние от ее поверхности до пола. Для этого существуют две возможности:

1. Можно заказать у столяра специальные колодки с углублениями по размерам ножек кровати и поставить в них ножки (рис. 12).
2. Другая возможность заключается в том, что на ножки кровати надеваются резиновые чехлы и кровать ставят на деревянные колодки или кирпичи (рис. 11).

Помимо этого, для оборудования кровати больного необходимы:

Клеенка

- из резины или другого водонепроницаемого материала.
- нормальный размер: 150 x 100 см.
- подкладка кладется поверх простыни; сверху лучше всего положить и заправить фланелевую пеленку.

Постельные принадлежности

- постельное белье: пододеяльники, наволочки, простыни, пеленки и клеенки (3-4 комплекта) для смены; в случае необходимости больше; можно также использовать одноразовые материалы).
- покрывала: одеяло (желательно легкое).
- подушки: 2 подушки под голову; одна подушечка под шею (маленькая подушка или валик).

Подробную информацию вы получите во втором разделе, стр. 33-35, раздел “Положение больного”.



Рис. 11

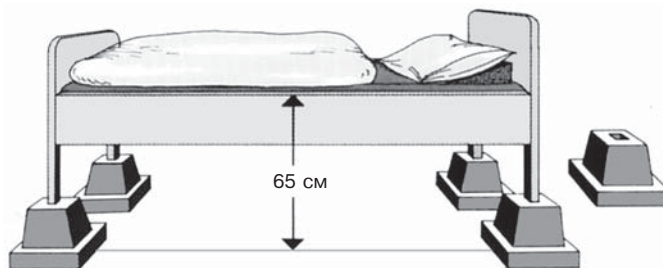


рис. 12

Контакты с окружающим миром

Острое тяжелое заболевание или длительная болезнь в большинстве случаев влекут за собой серьезные изменения в образе жизни больного. Обычные контакты с окружающим миром в большинстве случаев естественным образом уменьшаются. Перед больным встает опасность одиночества.

Пример: парализованный больной, прежде принимавший живое участие в общественной жизни, на длительное время прикован к постели. Из-за своего заболевания он не имеет возможности общаться, бывать в церкви. Из опасения повредить больному его сиделка не включала ему радио, магнитофон или телевизор, хотя именно передачи церковных служб, лекций и новостей могли бы сохранить для него связь с его прежней жизнью. Легко видеть, что таким образом из его жизни выпала важная составная часть. Мало кто заботится о том, чтобы предоставить больному возможность слушать и смотреть радио и телепередачи даже тогда, когда он не выразил такого желания. Слишком часто сиделки обращают внимание только на физические страдания больного, забывая о его духовном одиночестве.

Изоляция больного может быть частично преодолена с помощью средств массовой информации; пресса, радио и телевидение дают больному возможность следить за ходом событий в мире. Следует также подумать о том, чтобы развлечь больного и отвлечь его от болезни; источником эмоций могут слу-

жить также книги, газеты, журналы, иллюстрированные издания, магнитофонные кассеты и пластинки. Многие хронические больные охотно рисуют, мастерят, лепят или вяжут, что позволяет активизировать их силы и волю. В приведенном выше примере следовало бы предоставить больному возможность слушать радио и смотреть телепередачи. В зависимости от тяжести заболевания следует определить, следует ли принимать меры, поощряющие или ограничивающие различные формы контакта с миром.

Поощрение	Ограничение
В этом случае следует учесть желание больного смотреть определенные передачи	Ограничить просмотр и прослушивание радио и телепередач
<i>или</i>	<i>или</i>
даже заинтересовать больного определенными программами радио и телевидения	полностью отменить передачи

При этом важно учитывать различие между

большими острым и тяжелым заболеванием

и

хроническими большими

Как вы уже знаете, поощрительные или ограничительные меры зависят от состояния больного. Только при учете состояния больного можно принять осмысленное решение о том,

- следует ли включить или выключить радио/ телевизор;
- поощрить или ограничить использование больным средств массовой информации;
- позволить больному самому решать этот вопрос.

Какие решения вы приняли бы в случае тяжелого острого заболевания, какие – в случае длительного (хронического) заболевания?

Подчеркните, пожалуйста, подходящие, по вашему мнению, меры в таблице 7.

Табл. 7

Решение	Острое тяжелое заболевание	Хроническое заболевание
Отменить	правильно - неправильно	правильно - неправильно
Ограничить	да - желательно - нет	да - желательно - нет
Поощрить	да - да при определенных обстоятельствах - нет	да - да при определенных обстоятельствах - нет
Позволить больному решать самому	да - да при определенных обстоятельствах - нет	да - да при определенных обстоятельствах - нет

Сравните ваше решение с правильным ответом табл. 8 на следующей странице:

Табл. 8

Решение	Острое тяжелое заболевание	Хроническое заболевание
Отменить	правильно	неправильно
Ограничить	желательно	нет
Поощрить	нет	да при определенных обстоятельствах
Позволить больному решать самому	да при определенных обстоятельствах	да

Вы узнаете, что контакты больного с внешним миром могут быть более многочисленными и разнообразными. Возможность решать, какие из них следует поощрять, а какие – ограничивать, накладывает большую ответственность на сиделку, которая не только принимает решение о том, ограничить или поощрить определенный вид контакта, но и выбирает определенные программы, книги и фильмы.

Проверьте ваши знания

Табл. 9

1. Оборудование комнаты больного (см. стр. 7):

Какие предметы из перечисленных ниже являются необходимыми в комнате больного? Поставьте крестик в соответствующих клетках таблицы 9.

Предметы	необходимо
1 Кровать	
2 Кушетка	
3 Ковер	
4 Цветы	
5 Тумбочка	
6 Шкаф	
7 Стул/ кресло	
8 Стол	
9 Прикроватный коврик	
10 Книжная полка	
11 Настенные украшения	
12 Осветительные приборы	
13 Зеркало	
14 Радио/ телевизор	
15 Звонок	
16 Приспособление для умывания	
17 Гардины/ шторы/ жалюзи	
18 Гардероб	

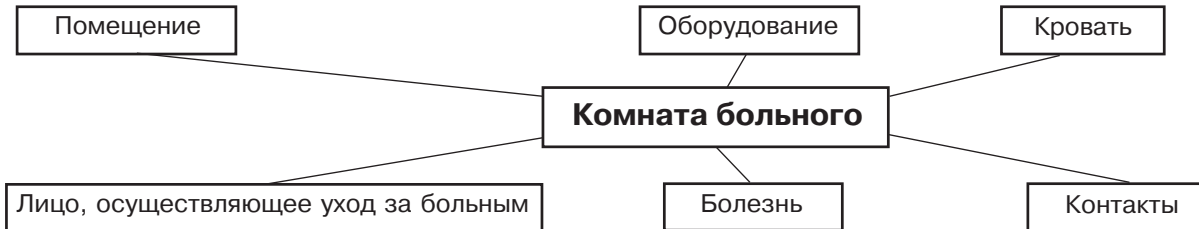
Просмотрите приводимую ниже схему 1. На ней показано все необходимое в комнате больного.

Схема 1.

- Покой, но не изоляция
- Юго-восточная сторона, солнце по утрам
- Вблизи от кухни, в хорошо доступном помещении
- Проветривание, отсутствие сквозняка
- Естественный свет, возможность затемнения
- Искусственное освещение
- Определенная температура
- Достаточные размеры помещения, хорошая атмосфера
- Соответствие гигиеническим требованиям, легкость уборки

- Стол, стул, тумбочка
- Кровать
- Поверхность для хранения необходимого
- Предметы ухода
- Звонок

- Подход к кровати/ расположение
- Высота (65 см)
- Специальные вспомогательные средства
- Подвижный подголовник
- Матрац, постельное белье



- Образование
- Гигиенические навыки
- Защитная одежда
- Осанка

- Острое заболевание
- Хроническое заболевание
- Уход за телом
- Питание

- Книги, газеты
- Радио, телевидение
- Кассетный магнитофон
- Разговоры, посещения

2. Контакты (см.стр. 21).

Укажите, как хронический больной может поддерживать контакт с внешним миром; назовите три возможности:

1. _____
2. _____
3. _____

3. Кровать больного (см.стр.14, 20).

– Положение кровати D в комнате не слишком удобно.
В программе указаны четыре причины этого, а именно:

1. Сквозняк
2. Подход только с одной стороны кровати
3. _____
4. _____

Напишите остальные причины в третьей и четвертой строке.

– Кровать больного должна иметь определенную высоту. Отметьте правильную высоту крестиком:

- 30 см 65 см 80 см

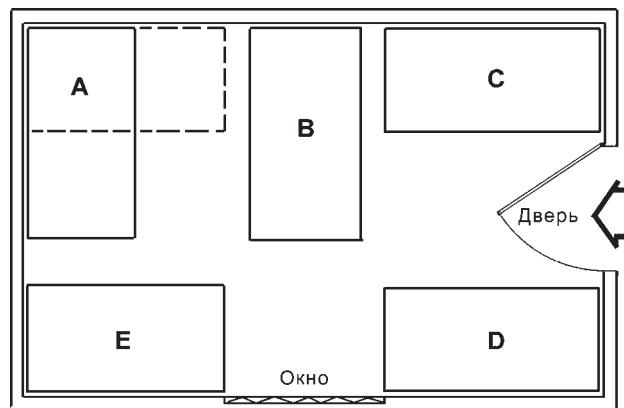


Рис. 13

4. Гигиена помещения больного (см.стр. 9).

Разрешается ли оставлять в комнате больного нескользящие ковры и прикроватные коврики?

Да

Нет

Разрешается ли оставлять ковры в комнате больного при инфекционных заболеваниях?

Да

Нет

Следует ли убирать ночью из комнаты больного все цветы и зеленые растения?

Да

Нет

2

Положение больного

Оборудование кровати больного

Застилание постели больного

Положение больного в кровати

Вспомогательные средства для создания определенного положения больного

Учебные задачи

Первая группа задач: подготовка кровати для больного

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо:

- уметь перечислить важнейшие предметы оснащения кровати больного;
- назвать предназначение и цель использования дополнительных предметов оснащения кровати больного;
- знать, в какой последовательности и как застилается постель больного.

Вторая группа задач: застиление постели больного

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо:

- уметь подробно, шаг за шагом представить процесс застиления постели больного;
- прочесть и уметь объяснять схему действий “Застилание постели больного”.

Третья группа задач: положение больного в кровати

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо:

- учитывать связь положения больного в постели с возможными осложнениями в ходе болезни;
- уметь перечислить важнейшие способы укладывания больного в постель;
- уметь применять эти способы на практике.

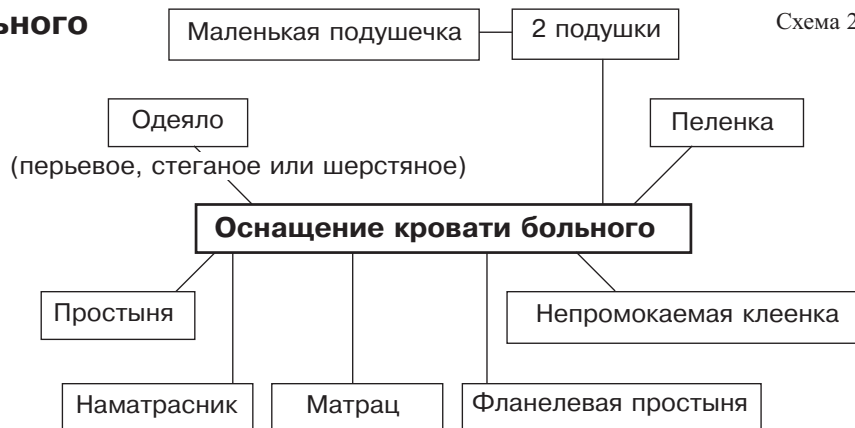
Четвертая группа задач: вспомогательные средства при укладывании больного

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо уметь назвать важнейшие вспомогательные средства, применяемые для создания определенного положения больного.

Оборудование кровати больного

В ходе дальнейшей работы по данной программе различные темы представлены не только в виде текста или иллюстраций, но также в виде схем, наглядно представляющих важнейшие разделы. Эта форма представления, с которой вы уже познакомились на стр. 25, в дальнейшем называется структурной схемой и применяется двояким образом:

- для представления основных пунктов программы (основные подразделения);
- для представления внутреннего членения разделов основных структур (мелкие подразделения).



Впишите в таблицу 10 дополнительных предмета оснащения кровати больного и укажите их предназначение.

Дополнительные предметы	Предназначение
1	
2	
3	
4	
5	

Табл.10

Сравните ваше решение с приводимым в табл. 11 ответом.

Обычные и дополнительные предметы оснащения кровати больного

Просмотрите отдельные пункты представленной справа структурной схемы 2. Представьте себе при этом вашу кровать дома и сравните, какие предметы должны быть добавлены к кровати, используемой для больного.

Табл. 11

	Дополнительные предметы	Предназначение
1	Фланелевая простыня	Для тепла, для предохранения матраца
2	Непромокаемая клеенка	Для предохранения матраца и простыни
3	Пеленка	Для покрытия непромокаемой подкладки
4	Две подушки	Для поддержки спины и головы
5	Маленькая подушечка	Для поддержки головы и затылка

Особенно рекомендуются:

Табл. 12

Обычные используемые предметы	Рекомендуемые предметы
Фланелевая простыня, непромокаемая (резиновая) подкладка	Легкие в уходе наматрасники: - импрегнированная фланель Впитывает жидкость, но не промокает и допускает обычную стирку; - одноразовый материал Эти постельные принадлежности гигиеничны и в то же время облегчают труд персонала
Обычная простыня	Простыня “Immerstraff” (“Всегда-натянутая”)

Возможно, не все из вас готовы признать необходимость всего этого, ведь большее количество предметов ведет к большому объему работы и к большим затратам. Учтите, однако, то, что – в такой кровати больной чувствует себя гораздо удобнее, чем в обычной; – такое оснащение кровати может облегчить труд сиделки.

ЗАМЕЬТЕ:

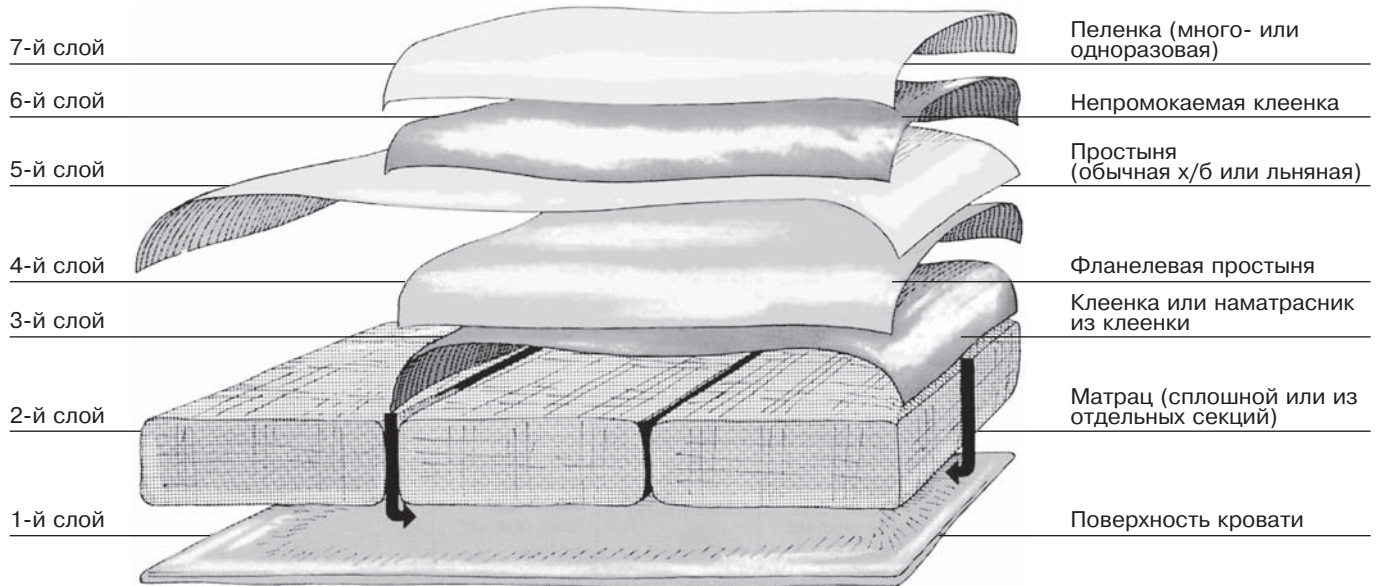
Если есть возможность, следует использовать одноразовый материал. С его помощью можно избежать пользования промокшими матрацами и загрязненными простынями. Таким образом:

- больной защищен от возможной инфекции;
- тщательнее выполняются гигиенические требования;
- больной лучше чувствует себя в постели.

Последовательность слоев при застилании постели

Приводимая на рис.14 схема показывает, какие принадлежности должны присутствовать в постели больного и в какой последовательности их следует стелить.

Рис. 14



Застилание постели больного

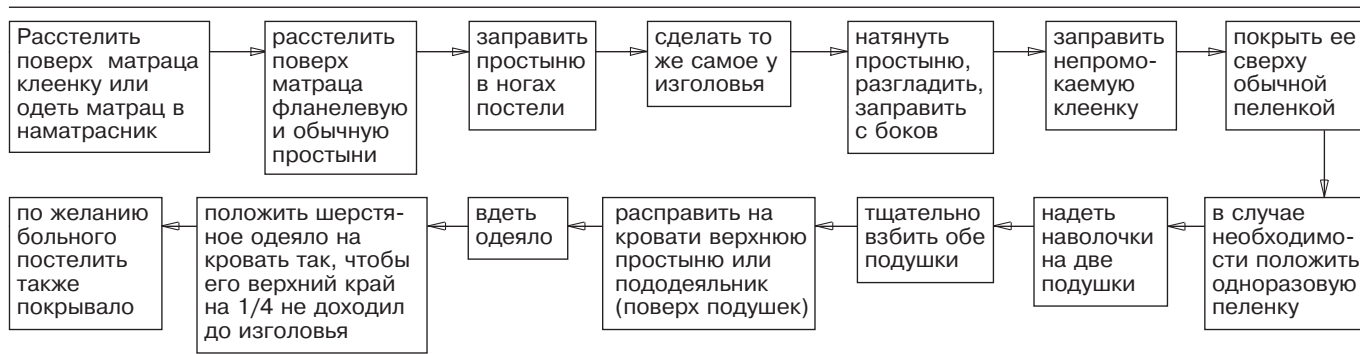
- Вы уже знаете, какими постельными принадлежностями должен пользоваться больной.
- Вы знаете также, какие дополнительные принадлежности должны присутствовать в кровати больного, чтобы больной удобнее чувствовал себя в ней.

В данном разделе изучается, как аккуратно застелить постель для больного. Ниже вы найдете схему действий, которая разделяет весь процесс застиланья постели на отдельные шаги. Преимущество такого представления заключается в том, что

- действия представлены в обозримом и наглядном виде;
- дается точное описание отдельных элементов каждого действия;
- схема позволяет в любой момент обратиться или вернуться к любому из ее элементов.

Внимательно, шаг за шагом, изучите схему 3, одновременно представляя себе, какие реальные действия соответствуют каждому шагу.

Схема 3



ЗАМЕТЬТЕ:

Когда вы стелете постель для больного, прежде всего обратите внимание на то, чтобы:

- постельные принадлежности были расположены в правильном порядке;
- все простыни, пеленки и клеенки были расстелены без складок;
- подушки лежали удобно;
- одеяло было теплым и достаточно длинным, но легким

Положение больного в кровати

Положение больного в кровати имеет большое значение для состояния и самочувствия больного. Прежде всего это касается больных, которые вынуждены проводить в постели длительное время. Их положение в постели должно соответствовать характеру их заболевания. В таких случаях следует чаще менять позу больного в постели. Если этого не делать, то могут возникнуть осложнения, как, например, контрактуры мышц и суставов или пролежни (см. стр. 104). Неправильное положение больного может привести также к другим осложнениям.

При уходе за больным следует стремиться к тому, чтобы его положение в постели было удобным и расслабленным. В большинстве случаев больной лежит горизонтально на спине (горизонтальное положение на спине).

При таком положении

- мышцы расслаблены;
- ноги и руки слегка согнуты;
- голова слегка опирается на подушку.

Неправильное застилание постели для больного может

- повредить здоровью сиделки, если она не учитывает опасности для своей спины и не приседает при перестилании простынь;
- повредить здоровью больного, если, например, тяжелое одеяло длительное время давит на носки ступней больного. Это может привести к деформации ступней и образованию так называемой "конской стопы" (см. стр.119).

На рис.15 изображено положение больного на спине.

Подумайте,какие части тела получают в таком положении наилучшую опору и, следовательно, подвергаются наименьшей нагрузке;

- впишите ваш ответ в оставленном внизу месте.

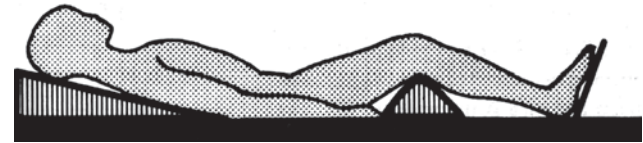


Рис. 15

Части тела, получающие наилучшую опору и подверженные наименьшей нагрузке:

Сравните ваш ответ с правильным ответом, приведенным на следующей странице.

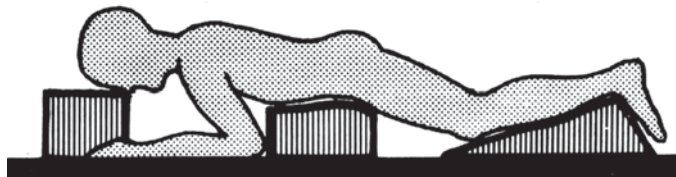
Ответ:

части тела, получающие наилучшую опору и подверженные наименьшей нагрузке – затылок, предплечья, подколенные впадины, пятки.

Вы видите, что в данном случае речь идет также о положении лежа на спине. В целом же при домашнем уходе за больными применяются следующие важнейшие положения:

- лежа на спине (положение на спине);
- на правом или левом боку (положение на боку);
- с вертикально поднятой верхней частью корпуса (вертикальное положение корпуса);
- с поднятыми вверх ногами (положение с поднятыми ногами);
- на животе (положение на животе).

На рисунках 16 и 17 справа вы видите два из этих положений. Какие положения изображены на рисунках?



Этот рисунок изображает

Рис. 16



Этот рисунок изображает

Рис. 17

Табл. 13

Подумайте, какие части тела получают в этих положениях наилучшую опору и, следовательно, подвергаются наименьшей нагрузке. Впишите ваш ответ в соответствующие строчки таблицы 13.

Сравните ваш ответ с правильным ответом, приведенным в табл. 14.

	Положение на животе		Положение на боку
Части тела, подверженные наименьшей нагрузке:	_____	Части тела, подверженные наименьшей нагрузке:	_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

Ответ:

Табл.14

Положение на животе		Положение на боку	
Части тела, подверженные наименьшей нагрузке:	голова затылок спина ягодицы икры пятки	Части тела, подверженные наименьшей нагрузке:	голова (ухо) рука бедро нога лодыжка (с ненагруженной стороны)

Как уже было сказано выше, частые изменения положения приятны и желательны для пациента. В любом случае следует, однако, учитывать, что

- любое положение должно соответствовать телосложению больного;
- мышцы должны быть расслаблены;
- суставы должны быть слегка согнуты.

На практике каждый, кто ухаживает за больными, должен знать, какие последствия может иметь то или иное положение. Если, например, парализованная рука пациента длительное время находится в неправильном положении, воз-

никает опасность ее контрактуры и фиксации в этом положении. Это может привести даже к тому, что больной никогда не сможет пользоваться этой рукой, хотя изначальная причина паралича уже устранена. Поэтому при уходе за больными, длительное время остающимися в постели, необходимо выяснить у медицинской сестры или врача, какие положения больного могут помочь избежать осложнений в ходе болезни. В особых случаях врач предписывает определенное положение, которого следует строго придерживаться даже в тех случаях, когда это идет вразрез с желаниями самого больного.

Вспомогательные средства, используемые при укладывании больного

В этом разделе описаны простые и недорогие вспомогательные средства ухода за больным, прежде всего средства, позволяющие уменьшить нагрузку на определенные части тела лежащего больного. Эти средства могут быть в продаже в специализированных магазинах или могут быть сделаны самостоятельно.

Вспомогательные средства

Опорная рамка

Рамка используется для того, чтобы приподнять верхнюю часть тела больного при одышке, а также во время приема пищи, приема посетителей. Вместо рамки можно использовать перевернутый стул.

Кроватный тросик

С его помощью больной может сам приподниматься в постели. Тросик не только облегчает приподнимание больного в постели, но и активизирует его силы, укрепляет его веру в себя. Веревка должна иметь узлы для того чтобы не скользили руки.

Подколенный валик

Служит для расслабления мускулатуры. Вопреки прежней точке зрения сейчас считается, что подколенные валики могут применяться только в течение ограниченного времени, так как в противном случае больной недостаточно двигает ногами сам, что может привести к укорачиванию мышц и тромбозам (см. стр. 114, 119). – Подколенный валик можно сделать самим из скатанного одеяла.



Рис. 18

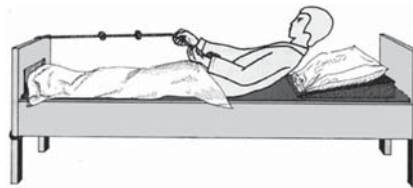


Рис. 19

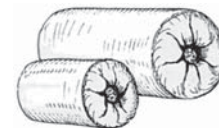


Рис. 20

Подставка для ног

Чтобы избежать сползания больного к ногам кровати, рекомендуется применять специальную подставку для стоп или просто небольшой ящичек. При длительных заболеваниях использование подставки может предотвратить образование конской стопы.

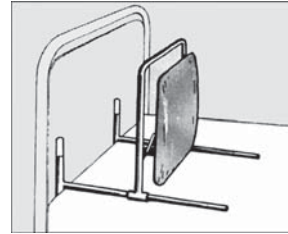


Рис. 21

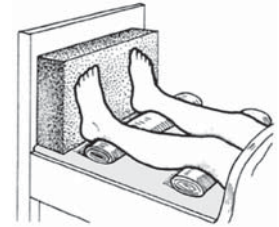


Рис.22

Проволочная рамка

С помощью такой рамки лежащий больной освобождается от давления одеяла. Одеяло с боков заправляется за прутья подставки, чтобы избежать потери тепла.

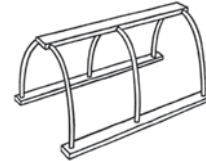


Рис. 23

Подзатылочный валик

Служит опорой для головы. При длительном пользовании им возникает опасность повреждения шейного отдела позвоночника.



Рис. 24

Подушка с водой

Наполненная водой подушка при своевременном применении может предотвратить появление пролежней. Такая подушка делается из резины и наполняется водой или воздухом. Подушка не должна быть слишком жесткой, так как в противном случае давление на соответствующий участок тела не снижается.



Рис. 25

Манжеты

Надувные манжеты из синтетического материала (похожие на детские надувные игрушки) надеваются на щиколотку и закрепляются с помощью застежки "велькро" ("липучки"). Они снижают нагрузку на пятки.

Медицинский мех (овчина)

Тонкие волоски меха и окружающий их воздух создают мягкую, эластичную воздушно-меховую подушку. С ее помощью давление тела распределяется на большую площадь, что улучшает самочувствие больного. Таким образом устраняются такие причины пролежней, как давление, трение, сырость, нехватка воздуха.

Подумайте, какие из рекомендованных здесь средств

- можно купить
- можно изготовить самим.

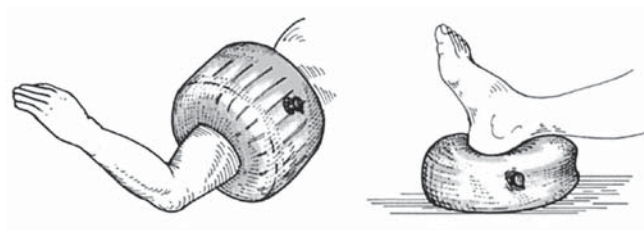


Рис. 26

Можно купить:

Средство ухода

Место приобретения

Можно изготовить самостоятельно:

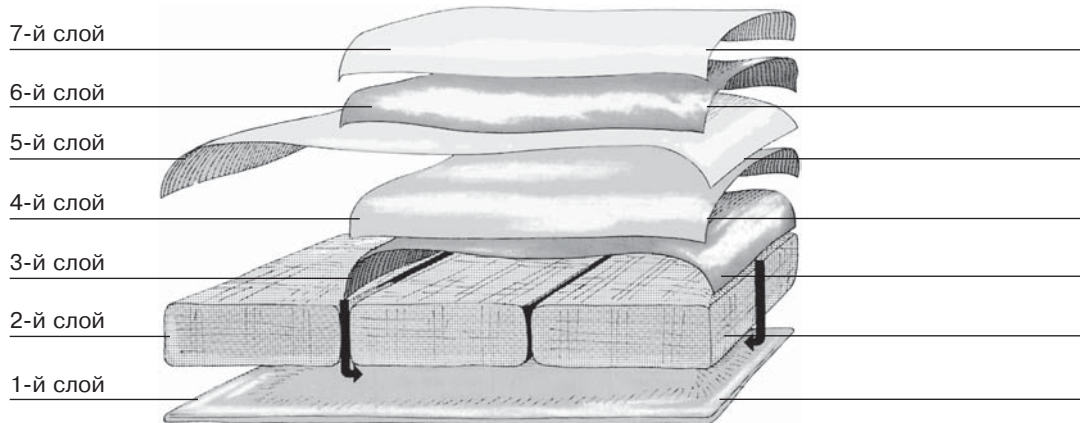
Проверьте ваши знания

1. Подготовка кровати для больного (стр.30, 31)

Назовите пять дополнительных предметов, используемых при подготовке кровати для больного, и укажите их предназначение.

Дополнительные предметы	Предназначение
1	
2	
3	
4	
5	

Табл. 15

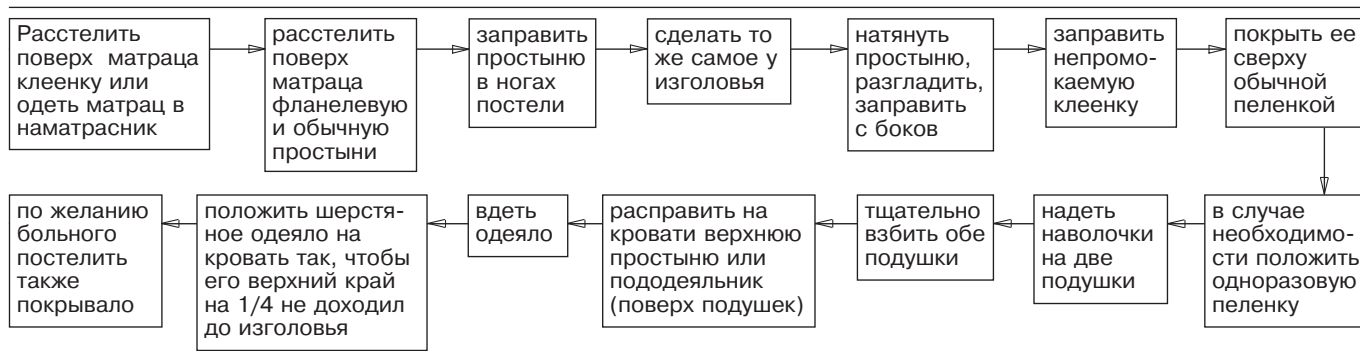


Покажите на рисунке, какие постельные принадлежности и в какой последовательности стелятся больному.

Рис. 27

2. Застилание постели больного (стр.32)

Еще раз просмотрите схему “Застилание постели больного”, обращая особое внимание, во-первых, на то, что сиделка должна соблюдать правильное положение при работе, и, во-вторых, на то, что простыни должны быть аккуратно заправлены на углах.



3. Положение больного в постели (стр. 33, 34)

Перечислите по меньшей мере три положения больного в постели, о которых вы узнали из нашего курса.

1. _____
2. _____
3. _____

4. Вспомогательные средства, используемые для создания определенного положения больного в кровати (стр. 36)

Напишите, какие вспомогательные средства изображены на рисунке.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

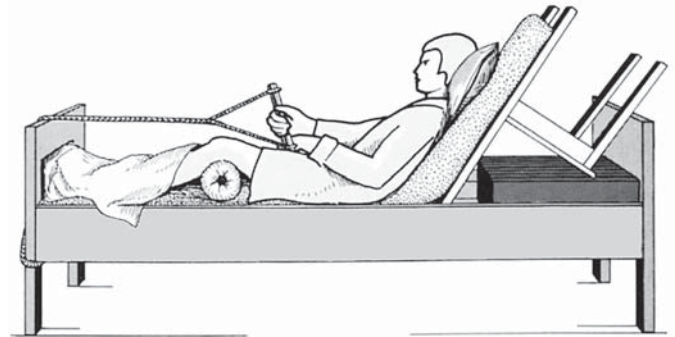


Рис. 28

3

Постель, перестилание постели, смена постельного и нательного белья

Взбивание подушек

**Приподнимание больного
и подтягивание его к
изголовью кровати**

Смена пеленок

Смена ночной рубашки

**Перестилание постели
и перемещение больного**

Вспомогательные позиции

Учебные задачи

Для того, чтобы правильно ухаживать за больным на дому, необходимо уметь:

- правильно взбивать подушки больного;
- приподнимать и укладывать лежачего больного;
- менять простыни и пеленки;
- перестилать постель больного и перемещать его;
- поднимать больного при помощи захвата Раутека (Rautek);
- поднимать с кровати и водить ослабевшего больного.

Введение

В предыдущих разделах пособия мы представили различные ситуации, возникающие в процессе ухода за больным. С ними связаны различные технические приемы, которыми должен владеть каждый, кто стремится обеспечить правильный и добросовестный уход за больным. Многочисленные приемы ухода представлены в виде нескольких процедур, которые описаны так, чтобы весь ход выполнения приемов можно было понять с одного взгляда и затем использовать на практике. Чтобы облегчить понимание и тренировку выполнения отдельных приемов (захватов), они наглядно, с помощью текста и иллюстраций, представлены в так называемых *схемах действий*.

При изучении этого раздела программы мы рекомендуем вам выбирать и тренировать сначала те приемы, владение которыми вам кажется особенно важным.

Основные требования

Прежде чем подойти к постели больного, надо выполнить следующие основные требования:

Гигиена

Подготовиться самому:

- снять часы и украшения
- тщательно вымыть руки
- надеть чистую защитную одежду (фартук)

Пациент

Подготовить пациента:

- узнать о его состоянии
- сообщить ему о действиях, которые вы намереваетесь предпринять

Предметы и средства для ухода

Подготовить средства ухода:

- поднос для медикаментов и средств ухода
- ведро для использованного белья
- кушетку, стул и чистое постельное белье для перемены постельного белья

Взбивание подушек

Случай 1. Пациент не может помочь сиделке Участвуют сиделка и один помощник

Подготовка

Приготовить стул, на который можно положить подушки.

Последовательность действий

- Сиделка подходит с одной стороны кровати, помощник – с другой.
- Они вместе откидывают одеяло настолько, насколько нужно.
- Они приподнимают пациента при помощи поддерживающего захвата:
 - Сиделка берет больного одной рукой подмышку, а другой рукой поддерживает затылок больного.
 - Помощник одной рукой берет больного подмышку, а другой рукой поддерживает спину больного.
 - Вместе они осторожно приподнимают больного.
 - Помощник обхватывает больного и поддерживает его один: для этого он перемещает руку со спины больного под вторую подмышку, следя за тем, чтобы голова больного опиралась на сгиб его локтя; больного просят при этом несколько раз глубоко вздохнуть.
- Сиделка вынимает подушки и кладет их на заранее приготовленный стул.
- При взбивании подушки надо стать к больному спиной. Чтобы взбить перья, подушку берут за два противоположных угла и встряхивают перья из углов. При этом в подушку попадает много воздуха. То же самое проделывают со второй подушкой и третьей, маленькой, подушечкой.
- Обратите внимание на то, чтобы застежка подушки лежала сбоку.

Рис.29



Приподнимание больного

- Поддерживающий захват

- Приподнять
- Обхватить



- Взбить подушки

Рис. 30

- Верхнюю и нижнюю подушку при взбивании меняют местами.
- Нижнюю подушку кладут так, чтобы поясница больного не приподнималась.
- Перья в верхней подушке сбивают вниз и кладут подушку так, чтобы обеспечить наилучшую поддержку для затылка и спины больного.
- Третья, маленькая, подушечка поддерживает в основном голову больного.
- Прежде чем снова уложить больного, сиделка и помощник убеждаются, что подушки лежат ровно и гладко.
- С помощью поддерживающего захвата сиделка и помощник вместе укладывают больного.
- Оба они проверяют, правильно ли лежит больной.
- Больного снова укрывают одеялом.
- Стул относят на место.

- Положить подушки
- Проверить положение больного

ЗАМЕТЬТЕ:

Застежка подушки должна всегда лежать сбоку, чтобы избежать синяков
 Нижняя подушка должна особенно хорошо поддерживать поясницу
 Верхняя подушка должна хорошо поддерживать спину и затылок
 Подушки следует время от времени менять местами
 Поддерживающий захват следует выполнять точно по правилам

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий, обращая особое внимание на “Информацию”:

Взбивание подушек – последовательность действий Пациент беспомощен. Действуют сиделка и помощник.

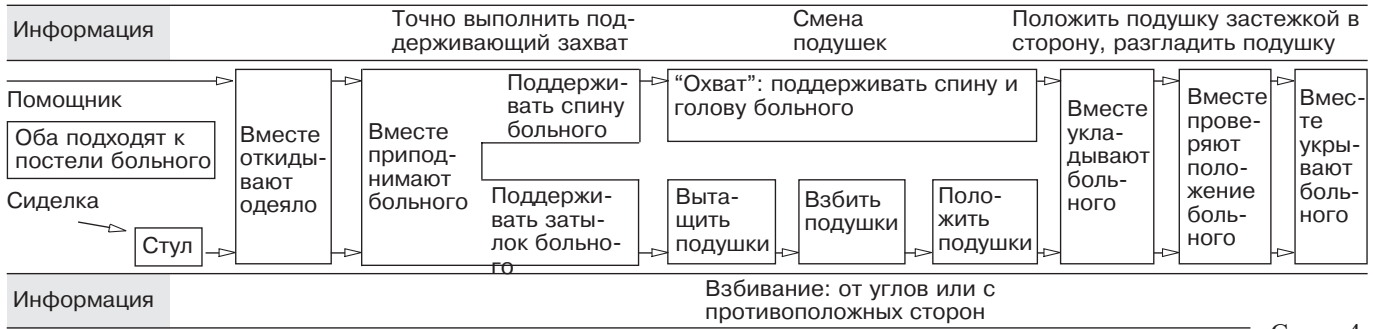


Схема 4.

Случай 2. Пациент может помочь сиделке. Сиделка действует одна

Это упражнение похоже на предыдущее и отличается лишь тем, что при взбивании подушек больной может сидеть самостоятельно или при помощи кроватиного тросика.

Разберитесь по приведенной здесь схеме в порядке выполнения этого действия.

ЗАМЕТЬТЕ:

Поддерживающий захват в данном случае выполняется, как хват, то есть необходимо одновременно поддерживать спину и голову больного.

Взбивание подушек – последовательность действий

Пациент может помочь сиделке

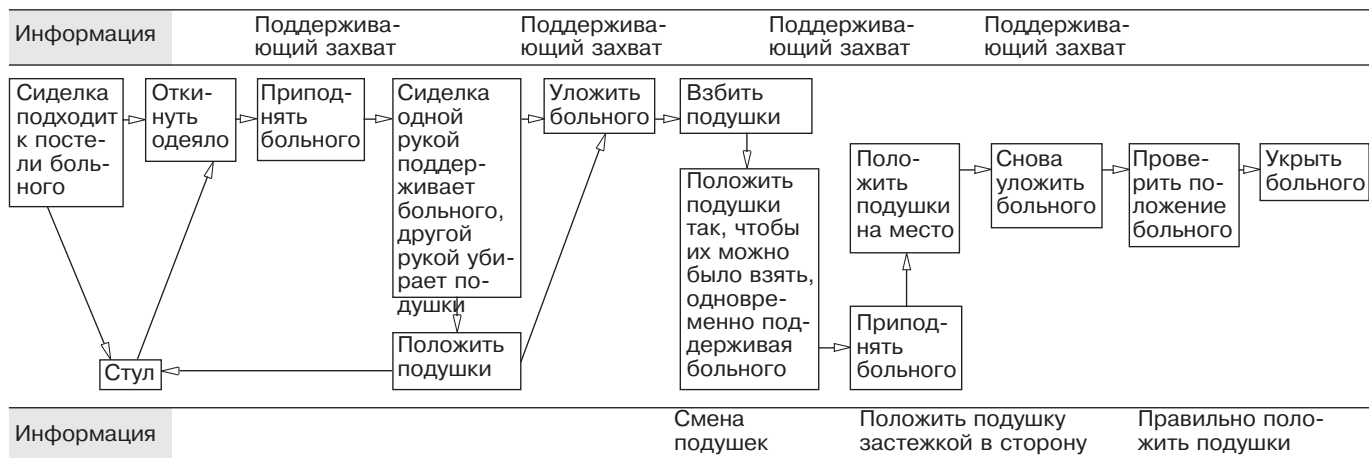


Схема 5.

Приподнимание больного и подтягивание его к изголовью кровати

Случай 1. Пациент может помогать сиделке. Сиделка действует одна

Последовательность действий.

- Одеяло откидывается настолько, насколько нужно.
- Сиделка просит пациента согнуть ноги в коленях и упереться ступнями в матрац.
- Больного укладывают выше при помощи *приподнимающего захвата*: сиделка стоит так, как показано на рис. 31, справа от больного.
 - Сиделка одной рукой берет больного сзади под правую подмышку;
 - Другую руку она подводит под левую подмышку больного так, чтобы его подмышечная впадина опиралась на кистевой сгиб руки сиделки со стороны ее большого пальца.
- Сиделка стоит на слегка согнутых ногах и коленями прочно упирается в край кровати.
- Больной приподнимает голову и наклоняет ее вперед.
- Сиделка дает команду: “Раз - два – задержать дыхание!”
- Сиделка подтягивает больного вверх, причем больной одновременно помогает ей, отталкиваясь ступнями от кровати.
- Больной кладет голову на подушку.
- Сиделка проверяет, правильно ли лежит больной и укрывает его.

● Приподнимающий захват



Рис.31

● Проверка положения больного

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме 6 действий, обращая особое внимание на приподнимающий захват:

Приподнимание больного и подтягивание его к изголовью кровати (если больной сполз к нижнему краю кровати)

Пациент может помогать сиделке.
Сиделка действует одна

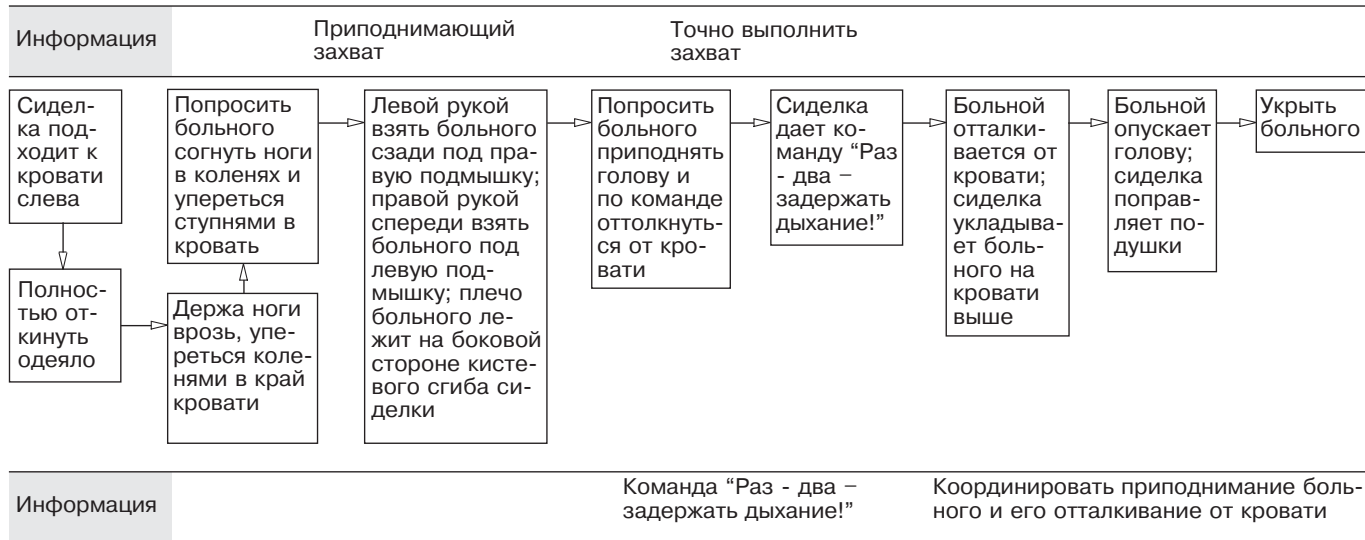


Схема 6.

Случай 2. Пациент не может помочь сиделке. Участвуют сиделка и один помощник

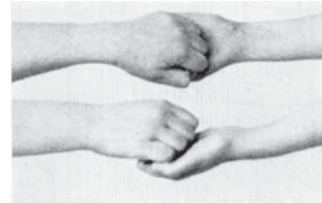
Последовательность действий – захват крючком

- Сиделка подходит с одной стороны кровати, помощник – с другой.
- Сиделка и помощник вместе откидывают одеяло настолько, насколько нужно.
- Они скрещивают руки больного у него на груди.
- Для подтягивания больного к изголовью кровати применяется так называемый *захват крючком*:
 - Сиделка и помощник сцепляют руки друг с другом.
 - Чтобы вместе приподнять больного, дается одна команда “Раз - два – задержать дыхание!”
 - Они оба стоят по разные стороны кровати, держа ноги врозь.
- Больного слегка приподнимают, сиделка и помощник одновременно просовывают руку, которая находится ближе к изголовью кровати, под спину больного и сцепляют руки друг с другом.
- Другую руку сиделка и помощник просовывают под ягодицы больного и также сцепляют свои руки.
- Сиделка просит больного приподнять голову.
- Сиделка дает команду “Раз - два – задержать дыхание!”, затем сиделка вместе с помощником передвигают больного ближе к изголовью кровати
- Больной кладет голову на подушку, сиделка и помощник расцепляют руки и кладут в нормальное положение скрещенные руки больного
- Оба они проверяют, правильно ли лежит больной и укрывают его одеялом

ЗАМЕЬТЕ:

Если больной так слаб, что не может самостоятельно приподнять голову, то для подтягивания его на кровати применяют описанный на следующей странице поддерживающий захват крючком.

● Захват крючком



Помощник:
тыльная сто-
рона ладони
повернута
кверху

Сиделка: тыль-
ная сторона ла-
дони поверну-
та книзу

Рис. 32

● Проверка положения

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий, обращая особое внимание на захват крючком:

Приподнимание больного и подтягивание его к изголовью кровати (если больной сполз к нижнему краю кровати)

Пациент не может помочь сиделке
Действуют сиделка и помощник

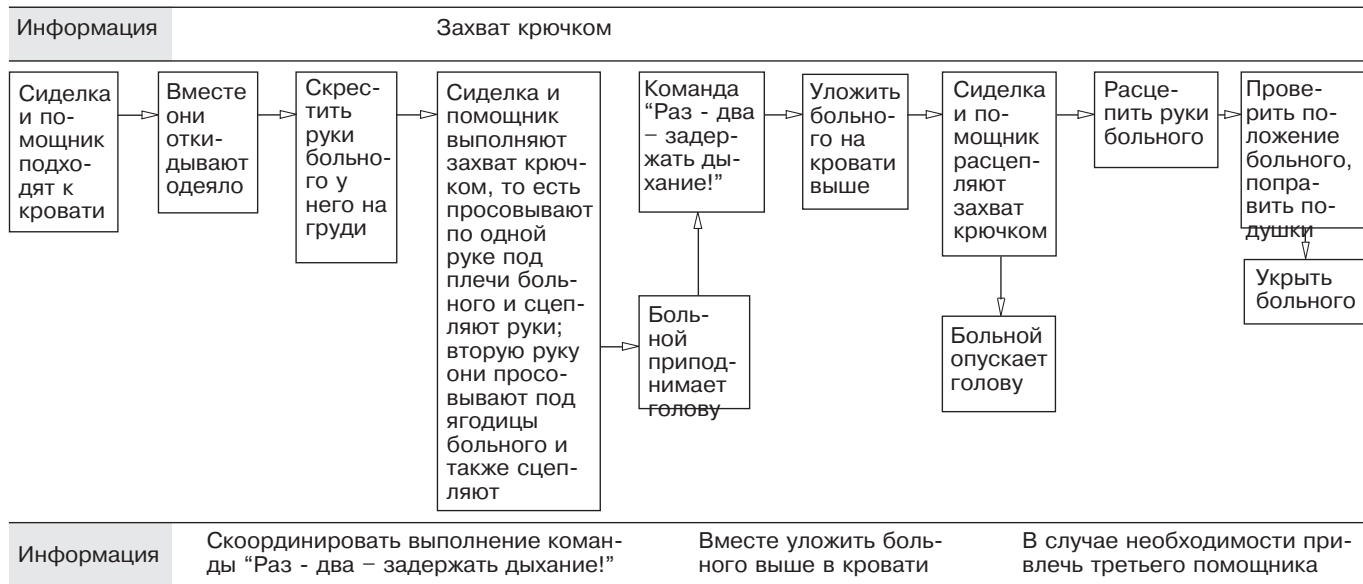


Схема 7.

Последовательность действий – Поддерживающий захват крючком

Поддерживающий захват крючком выполняется в тех случаях, когда больной не может самостоятельно приподнять голову (рис. 33).

- Руки больного скрещены у него на груди.
- Сиделка и помощник сцепляют свои правые руки под ягодицами больного
- Сиделка выполняет левой рукой поддерживающий захват, поддерживая голову и затылок больного
- Помощник левой рукой обхватывает колени больного
- По команде “Раз - два – задержать дыхание!” они вместе передвигают больного ближе к изголовью кровати.
- Сиделка и помощник расцепляют свои руки и кладут в нормальное положение скрещенные руки больного.
- Оба они проверяют, правильно ли лежит больной, и укрывают его.

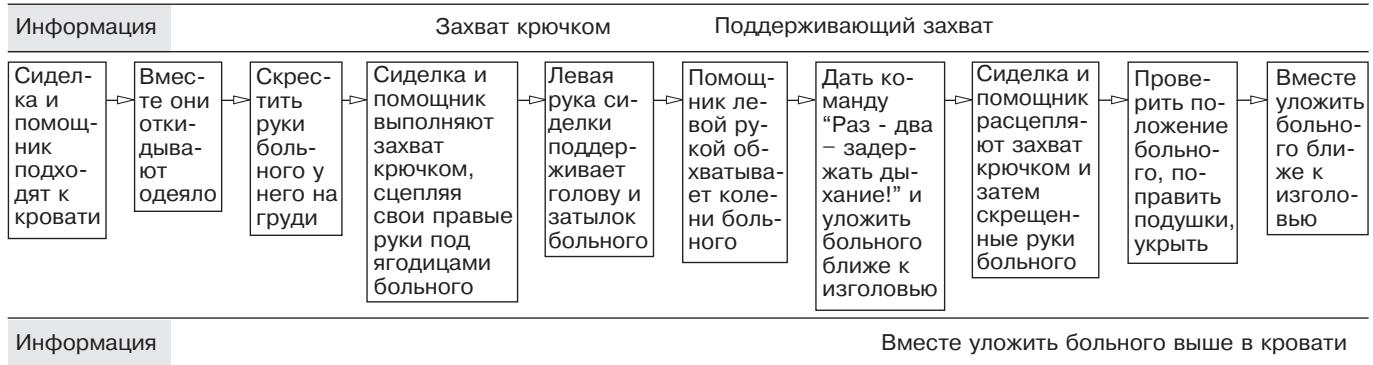


Рис. 33

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий, обращая особое внимание на поддерживающий захват крючком:

Приподнимание больного и подтягивание его к верхнему краю кровати (если больной сполз к нижнему краю)

Пациент не может помочь сиделке. Действуют сиделка и один помощник



Смена пеленки

Случай 1. Пациент может помогать сиделке. Сиделка действует одна

Подготовка

Для выполнения этой процедуры необходима чистая пеленка. Для использованной пеленки нужно поставить ведро в ногах кровати.

Прежде всего следует приготовить пеленку.

- Для этого ее полностью расправляют (следа, чтобы она при этом не касалась пола).
- Затем пеленку до половины ее длины складывают гармошкой и кладут в удобном месте.

Чтобы положить подушки, около кровати ставят стул.

Последовательность действий.

- Сиделка откидывает одеяло настолько, насколько нужно.
- Пациента приподнимают при помощи поддерживающего захвата.
- Подушки снимают с кровати и кладут на стул.
- Пациента снова осторожно укладывают.
- Сиделка освобождает один конец использованной пеленки и скатывает ее свободный край вплоть до тела больного.
- Затем она берет чистую пеленку, кладет ее вплотную к использованной и аккуратно заправляет за край постели.

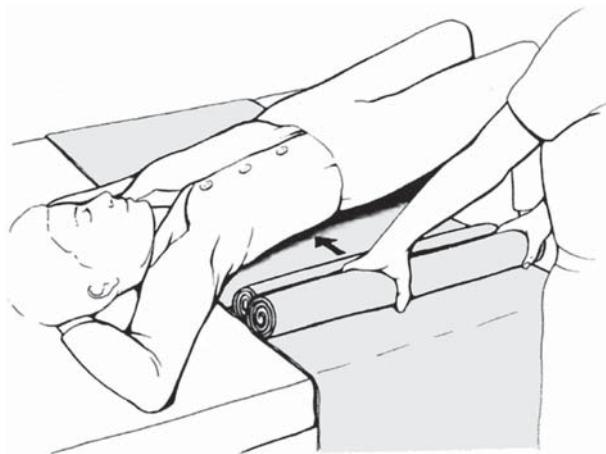


Рис. 34

- Поддерживающий захват
- Смена пеленки

- Сиделка просит больного приподнять корпус (сделать “мостик”).
- Сиделка обеими руками протаскивает использованную пеленку и затем свежую пеленку под корпусом больного.
- Больной снова опускается.
- Сиделка идет на другую сторону кровати.
- Здесь она забирает использованную пеленку и аккуратно складывает ее.
- Сиделка кладет использованную пеленку в заранее подготовленное ведро.
- Сиделка снова просит больного сделать “мостик”.
- Она натягивает простыню, клеенку и пеленку и аккуратно заправляет их.
- Больной снова опускается.
- Сиделка возвращается на другую сторону кровати и взбивает подушки.
- Чтобы положить подушки, она снова приподнимает больного при помощи поддерживающего захвата.
- Сиделка кладет подушки.
- Больного снова укладывают и укрывают. Сиделка убеждается, что больной лежит правильно, и укрывает его.
- Ведро с использованной пеленкой уносят из комнаты.

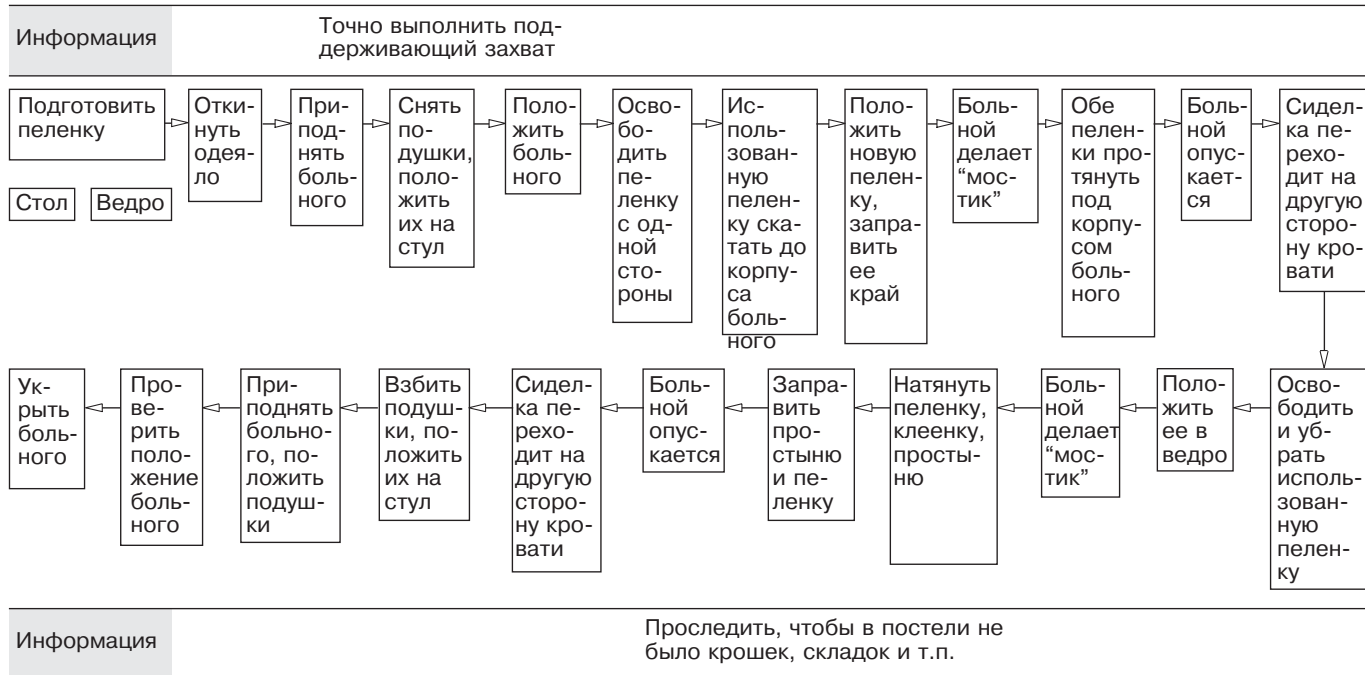
Больной делает мостик

- Расстиланье пеленки
- Взбивание подушек (см. стр.44)
- Проверка

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий, обращая особое внимание на последовательность действий, так как выполнение этой процедуры особенно сложно из-за большого числа составляющих ее шагов:

Смена пеленки

Больной может помогать сиделке – Сиделка действует одна



Случай 2. Пациент не может помогать сиделке. Участвуют сиделка и один помощник

Подготовка

Для выполнения этой процедуры необходима чистая пеленка. Для использованной пеленки нужно поставить ведро в ногах кровати.

Прежде всего следует приготовить пеленку.

- Для этого ее полностью расправляют (следя, чтобы она при этом не касалась пола).
- Затем пеленку до половины ее длины складывают гармошкой и кладут в удобном месте.

Чтобы положить подушки, около кровати ставят стул.

Последовательность действий

- Сиделка подходит с одной, помощник – с другой стороны кровати.
- Они вместе откидывают одеяло настолько, насколько нужно.
- При помощи поддерживающего захвата пациента приподнимают.
- Пока помощник поддерживает пациента, сиделка снимает подушки и кладет их на стул.
- В это время помощник просит больного несколько раз глубоко вздохнуть.
- Вместе они снова укладывают больного (поддерживающий захват).
- Оба они освобождают пеленку с обеих сторон.
- Больного поворачивают на кровати лицом к помощнику.
 - Для этого помощник отводит в сторону ту руку больного, которая ближе к нему.
 - Сиделка кладет другую руку больного на его корпус.
 - Помощник склоняется над больным и поддерживает одной рукой плечевой сустав, а другой – подколенную впадину больного.
 - Сиделка поддерживает спину и ягодицы больного, вместе они поворачивают больного лицом к помощнику.
 - Помощник придерживает больного и наблюдает за его состоянием.
 - Сиделка выпрямляет ту ногу больного, которая находится внизу, и сгибает в колене его другую ногу.

- Подготовить пеленку
- Поддерживающий захват
- Укладывание больного на бок
- Наблюдение за больным

- Затем сиделка скатывает использованную пеленку вплоть до корпуса больного.
- Она берет подготовленную чистую пеленку и кладет ее вплотную к использованной.
- Новую пеленку она аккуратно заправляет за край постели.
- Сиделка выпрямляет лежащую сверху ногу больного, поддерживает его ягодицы и спину и вместе с помощником снова укладывает больного на спину.
- Затем они вместе аккуратно поворачивают больного в другую сторону, следя за тем, чтобы находящаяся внизу рука больного всегда была отведена вперед, а находящаяся сверху нога согнута в колене.
- Помощник убирает использованную пеленку и кладет ее в ведро, сиделка в это время наблюдает за больным.
- Потом сиделка до конца расправляет чистую пеленку, разглаживает её и непромокаемую клеенку и аккуратно заправляет их.
- Сиделка и помощник вместе аккуратно кладут больного в исходное положение.
- Чтобы положить подушки, больного снова приподнимают при помощи поддерживающего захвата.
- После того как подушки положены, следует тщательно расправить ночную рубашку больного.
- Сиделка убеждается, что больной лежит правильно.
- Она забирает из комнаты ведро с использованной пеленкой.

- Смена пеленки



Рис. 35

- Укладывание больного на другой бок
- Удаление пеленки
- Наблюдение за больным



Рис. 36

- Проверка положения больного

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме № 10 действий, обращая особое внимание на последовательность действий, так как выполнение этой процедуры особенно сложно из-за большого числа составляющих ее шагов:

Смена пеленки

Пациент не может помогать сиделке. Действуют сиделка и один помощник.

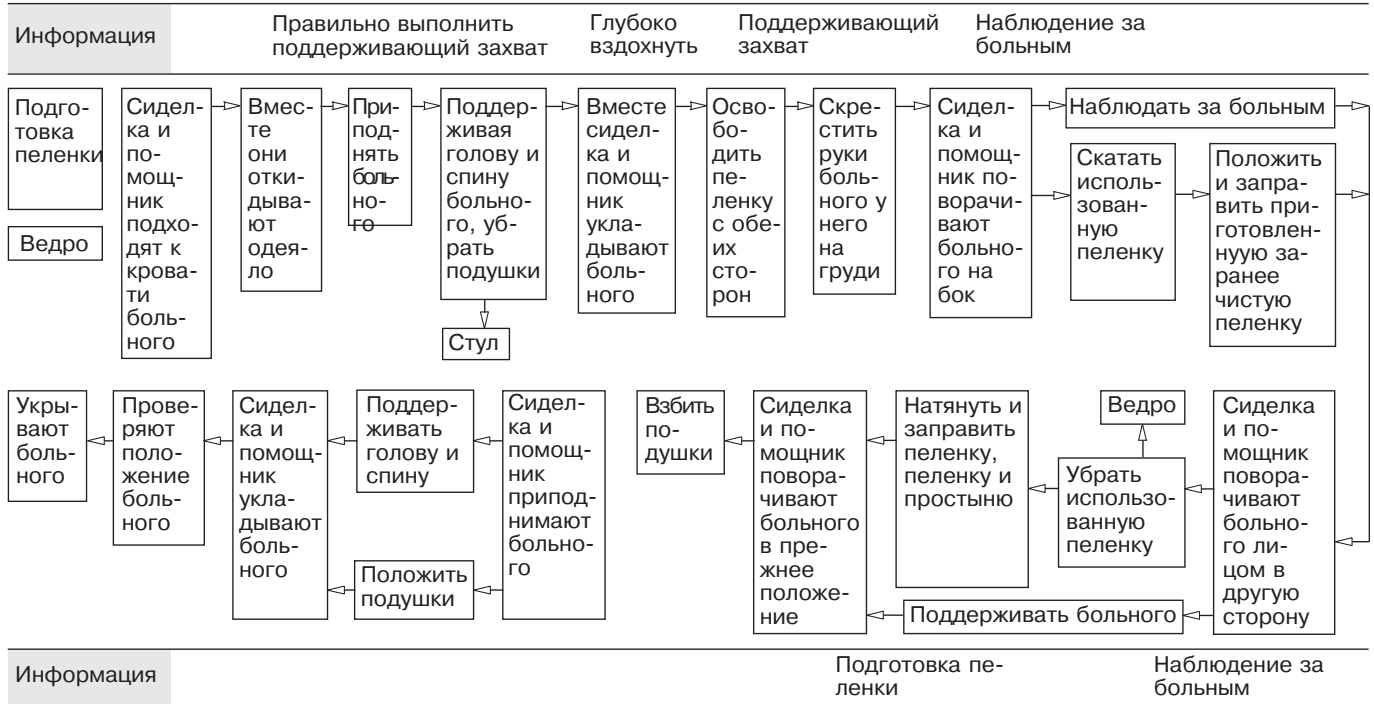


Схема 10.

Надевание и снятие ночной рубашки

Больной (парализованный с одной стороны) может участвовать в снятии рубашки

Подготовка

Приготовить чистую рубашку, развернуть ее, расстегнуть все застёжки

Последовательность действий

- Сиделка откидывает одеяло настолько, насколько нужно.
- Затем она полностью расстегивает воротник и рукава рубашки больного.
- Сиделка просит пациента слегка приподнять ягодицы и приподнимает рубашку.
- С помощью поддерживающего захвата она приподнимает больного.
- Рука, поддерживающая больного подмышку, остается в прежнем положении.
- Другая рука подтягивает рубашку как можно выше.
- При помощи поддерживающего захвата сиделка снова укладывает больного.
- Больного просят удерживать здоровой рукой парализованную руку и поднять руки как можно выше.
- Больной поднимает голову.
- В это время сиделка стягивает поднятую рубашку через голову пациента.
- Больной кладет голову и освобождает парализованную руку.
- Сиделка сначала снимает рукав рубашки со здоровой руки больного.
- Затем она кладет кисть парализованной руки больного себе на ладонь.
- Другой рукой сиделка стягивает рукав с парализованной руки больного до своей ладони, затем, удерживая этой же рукой предплечье больного, другой рукой снимает рукав до конца.
- Использованную ночную рубашку кладут в ведро

- Снятие рубашки

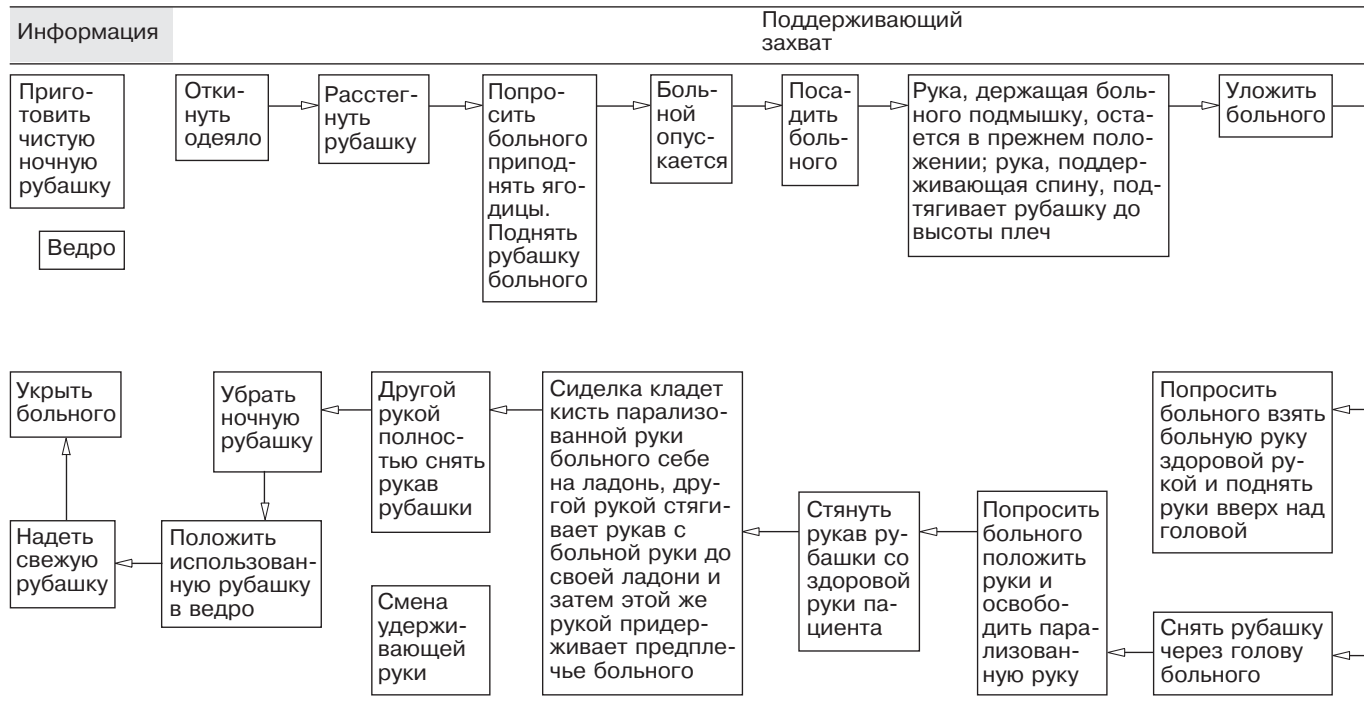
- Поддерживающий захват

- Смена удерживающей руки

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий № 11, обращая особое внимание на тот этап, когда рубашку снимают через голову пациента.

Смена ночной рубашки – снятие

Пациент может помогать. Сиделка действует одна.



Больной (парализованный с одной стороны) может участвовать в надевании рубашки

Последовательность действий

- При надевании сиделка начинает с парализованной руки больного.
- Для этого она прежде всего собирает соответствующий рукав рубашки больного.
- Другую руку просовывает сквозь собранный рукав,
- кладет кисть парализованной руки больного себе на ладонь,
- натягивает рукав на парализованную руку больного вплоть до его плеча.
- Затем сиделка надевает второй рукав рубашки на здоровую руку больного.
- Больного просят держать здоровой рукой больную и поднять обе руки как можно выше.
- Больной поднимает голову.
- В это время сиделка натягивает рубашку на голову больного.
- Больной кладет голову и руки и освобождает парализованную руку.
- При помощи поддерживающего захвата больного приподнимают.
- Рука сиделки, поддерживающая больного подмышку, остается в прежнем положении, другая рука опускает рубашку как можно ниже.
- При помощи поддерживающего захвата больного укладывают.
- Больной слегка приподнимает ягодицы, сиделка в это время опускает рубашку вниз до конца и расправляет ее.
- Больной опускается.
- Рубашку застегивают.
- Сиделка проверяет, правильно ли лежит больной.
- Больного укрывают.
- Сиделка уносит ведро с использованной рубашкой из комнаты.

● Проведение в рукав



Рис. 37

● Поддерживающий захват



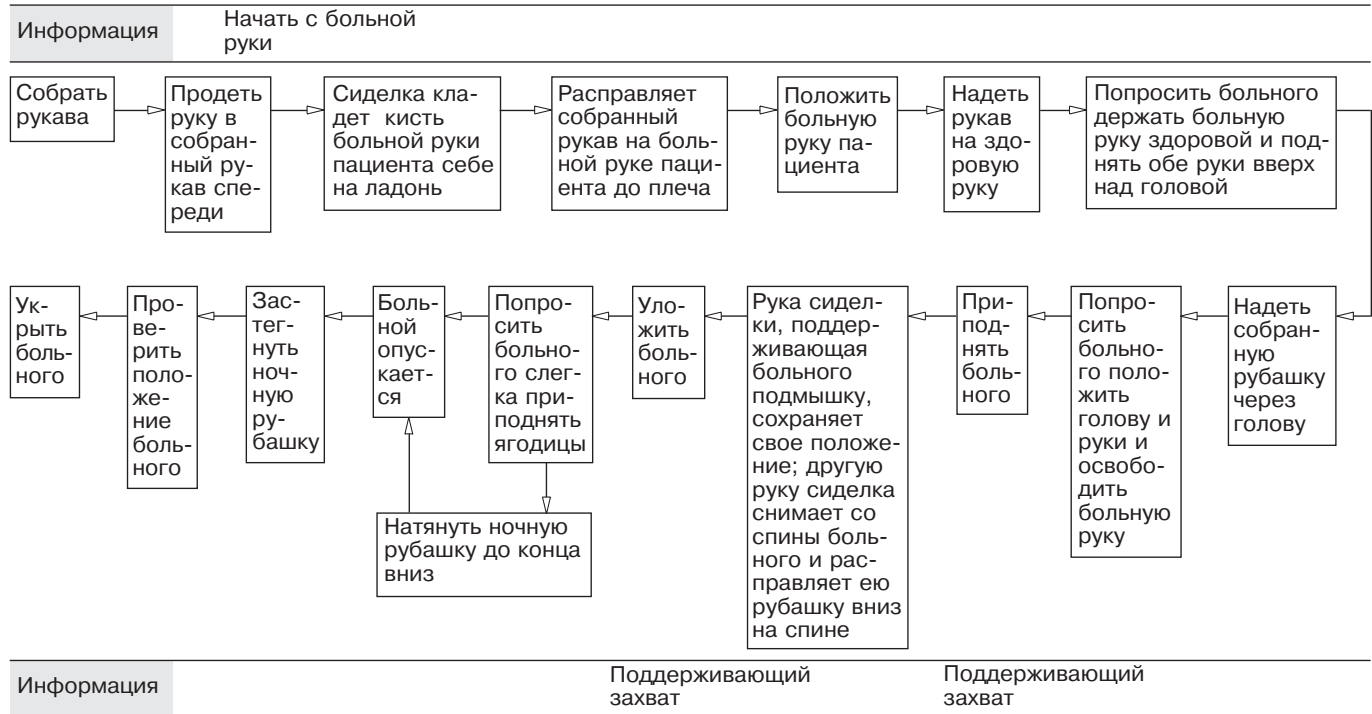
Рис. 38

● Проверка положения больного

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий № 12, обращая особое внимание на тот этап, когда рубашку надевают через голову пациента.

Смена ночной рубашки. Надевание

Больной может помочь сиделке. Сиделка действует одна.



Другие варианты. Действует одна сиделка

Вариант для больных, которые не могут поднимать руки из-за повреждений суставов или болей.

Снимание рубашки

- При снятии рубашки сначала стягивают рукав со здоровой руки, потом слегка приподнимают голову пациента и снимают рубашку через голову.
- Затем снимают рукав с больной руки.

Надевание рубашки

- При надевании рубашки сначала натягивают рукав на здоровую руку, слегка поднимают голову пациента и затем надевают рубашку через голову.
- Затем надевают рукав на больную руку.

Вариант для больных с недержанием мочи

- Рубашку не опускают под ягодицы больного, а заворачивают на спине.
- Наиболее удобна для больного и сиделки “открытая” рубашка (спинка рубашки в середине прорезается и подрубается).

Перестилание постели и перемещение больного

Действуют сиделка и два помощника (матрац переворачивают, постель застилают заново).

Подготовка

Для подготовки этой процедуры необходимо второе спальное место (кушетка). Ее нужно приготовить и правильно разместить по отношению к кровати больного. Для размещения постели нужен стул. Сиделка и помощники при выполнении этой процедуры должны действовать согласованно (см рис. 41 на следующей странице).

Последовательность действий

- Сиделка и оба помощника подходят к кровати с одной стороны.
- Одеяло убирают и кладут на заранее приготовленный стул.
- Руки больного скрещивают у него на груди.
- Самый сильный из троих участников процедуры обхватывает больного чуть выше и ниже ягодиц.
- Еще один помощник обхватывает бедра и голени больного.
- Третий участник одной рукой поддерживает плечи больного, а другой рукой обхватывает больного вокруг затылка и до подмышечной впадины; при этом он должен следить за тем, чтобы голова больного опиралась на его локтевой сгиб.
- Больного охватывают в следующем порядке:
 - все трое кладут руки тыльной стороной ладоней на матрац,
 - сильно нажимают руками на матрац,
 - медленно протаскивают руки под телом больного и обхватывают его.

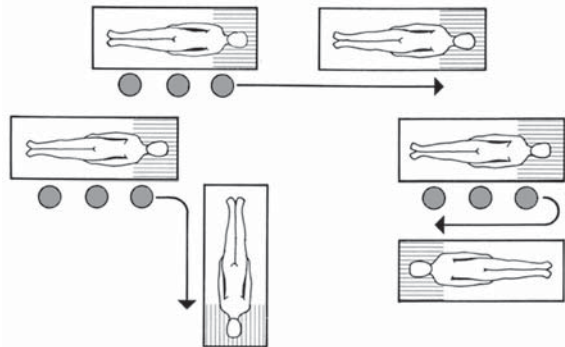


Рис. 39



Рис. 40

- Необходимо, чтобы все трое участников поднимали больного правильно и строго одновременно. Поэтому выполнение команды “Раз - два – задержать дыхание!” должно координироваться.
- При словах “Задержать дыхание” все трое делают глубокий вдох и задерживают дыхание, не открывая рта.
- Тотчас же все трое одновременно поднимают больного и прижимают его к себе, так что вес больного распределяется в основном на плечи (верхнюю часть руки) и плечевой пояс участников процедуры.
- Затем, надежно удерживая больного, все трое вместе и одновременно перемещаются в нужном направлении и одновременно кладут больного на кушетку.
- На этом временном месте больного укрывают.
- Затем перестилают и приводят в порядок постель.
- Аналогичным образом больного перемещают на прежнее место.

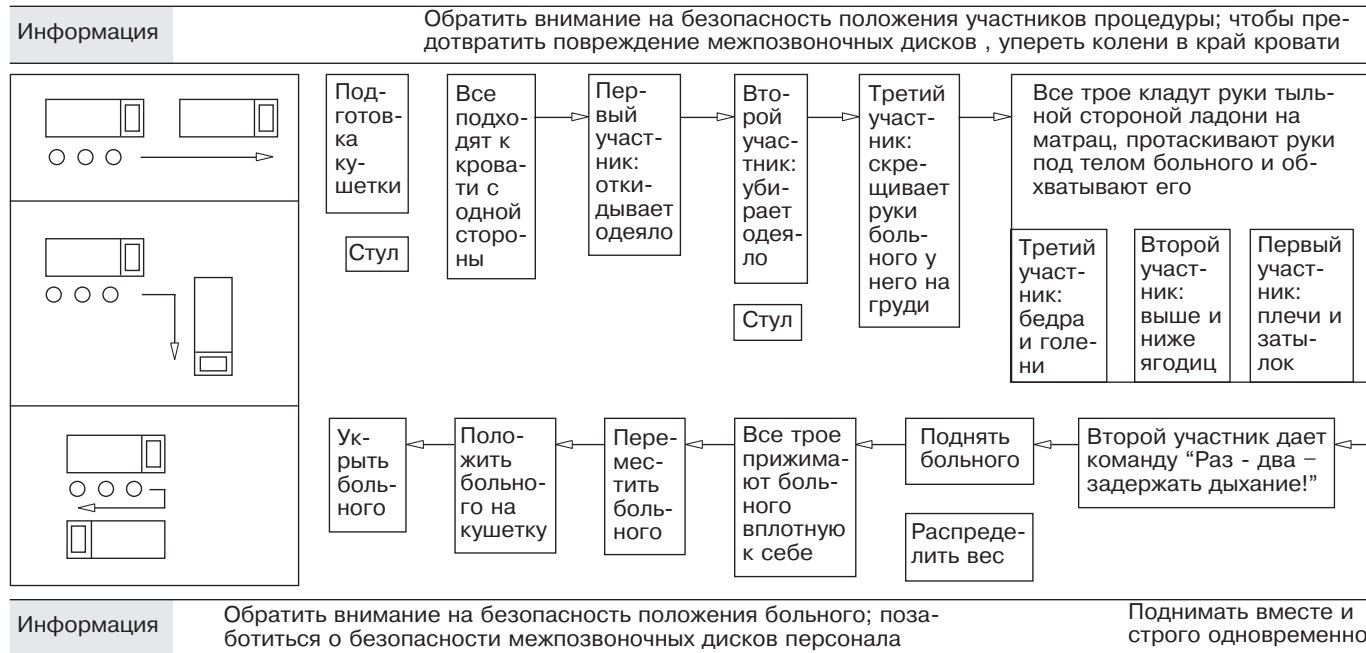
Поднимание больного по команде



Рис. 41

- Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий № 13, обращая особое внимание на
- необходимость правильно и точно обхватить тело больного;
 - необходимость поднять больного одновременно по команде;
 - безопасность перемещения больного.

Перестилание постели и перемещение больного Действуют три человека (сиделка и два помощника).



Вспомогательные позиции

Захват Раутека – выполняет одна сиделка

Захват Раутека применяется в основном при оказании первой помощи. Он служит для того, чтобы приподнять и эвакуировать раненого или находящегося в бессознательном состоянии пациента. В особых случаях он может быть применен и в домашнем уходе за больными. Не исключена ситуация, когда больной, упав, беспомощно лежит на полу. С помощью захвата Раутека больного можно поднять и усадить на стул или уложить на кровать.

Последовательность действий

- Сиделка подходит к больному сзади и приседает.
- Двумя руками она поддерживает голову, затылок и плечи больного.
- Одним легким качающим движением она поднимает больного и приводит его в сидячее положение.
- Спину больного она поддерживает коленями, чтобы предотвратить повторное падение больного.
- Затем сиделка берет больного сзади подмышки.
- Сиделка применяет так называемый “обезьяний захват”: она охватывает одной рукой кистевой сустав, другой – предплечье больного так, чтобы рука больного была согнута (большие пальцы сиделки при этом обращены вверх).
- Выпрямляясь, сиделка поднимает вместе с собой больного и поддерживает его при этом своими бедрами.
- В таком положении она может также перемещать больного назад или, в зависимости от конкретной ситуации, усадить на стул или на край кровати.

Захват Раутека



Рис. 42

- Применить “обезьяний захват”

Как поднять больного спереди и как водить его, поддерживая сзади

Больной парализован с одной стороны – Сиделка действует одна.

Последовательность действий.

- Сиделка подходит к больному спереди со здоровой стороны.
- Она ставит ступни ног перед ступнями больного, соединив пятки под острым углом, чтобы предотвратить скольжение ног больного.
- Обеими руками она берет больного подмышки.
- Затем сиделка медленно подтягивает больного вверх.
- Когда больной уже достаточно твердо стоит на ногах, сиделка размыкает ступни,
- меняет руки
- и меняет свое положение так, чтобы оказаться сзади больного.
- Сиделка берет больного сзади с помощью “обезьяньего захвата”.
- Больной делает один шаг здоровой ногой.
- Сиделка подталкивает ногой больную ногу пациента.

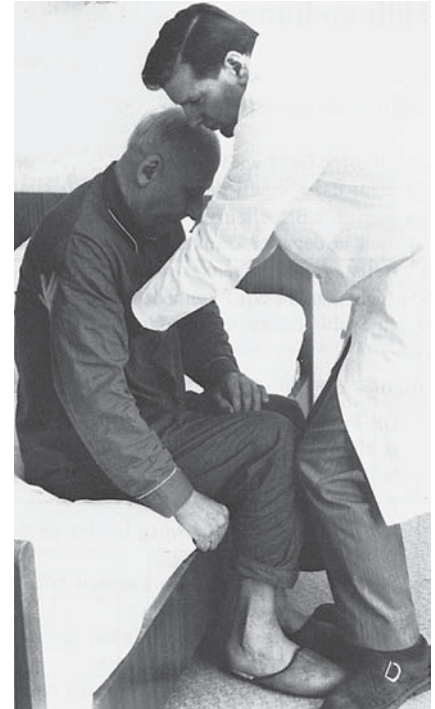


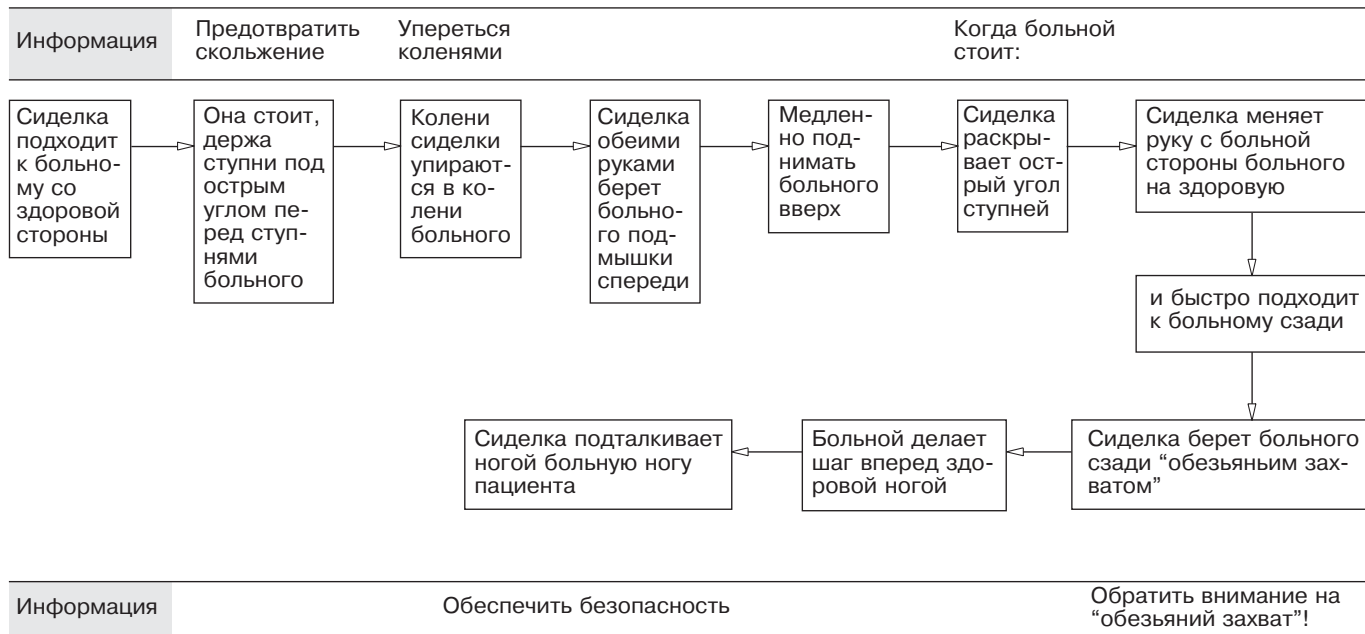
Рис. 43

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий № 14, обращая особое внимание на

- блокировку скольжения ног больного;
- взаимный упор коленями;
- правильное применение “обезьяньего захвата”.

Как поднять больного спереди и как водить его, поддерживая сзади

Больной парализован с одной стороны – Сиделка действует одна



Как поднять больного сбоку и вести его, поддерживая сбоку

Больной парализован с одной стороны – Сиделка действует одна.

Последовательность действий

- Сиделка подходит к больному со здоровой стороны.
- Одну ногу она ставит вкось перед здоровой ногой пациента, предотвращая тем самым возможность скольжения ноги больного.
- Одной рукой она берет больного подмышку со здоровой стороны.
- Другой рукой она обхватывает спину больного и просовывает руку сзади подмышку.
- Сиделка осторожно поднимает больного со стула и помогает ему выпрямиться.
- Когда больной уверенно стоит, сиделка убирает ногу.
- Другой ногой она отодвигает стул из-за спины больного.
- Затем она убирает руку, которая поддерживает больного подмышку со здоровой стороны, и перемещается так, чтобы оказаться позади пациента.
- Обеими руками сиделка поддерживает больного подмышки.
- Она просит больного сделать шаг вперед здоровой ногой.
- Больную ногу пациента сиделка подвигает ногой вперед.
- Таким образом больного отводят либо к кровати, либо на стул.



Рис. 44



Рис. 45

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий № 15, обращая особое внимание на

- блокировку скольжения здоровой ноги больного;
- правильное применение захватов;
- правильное вождение больного.

Как поднять больного сбоку и вести его, поддерживая сбоку

Больной парализован с одной стороны – Сиделка действует одна

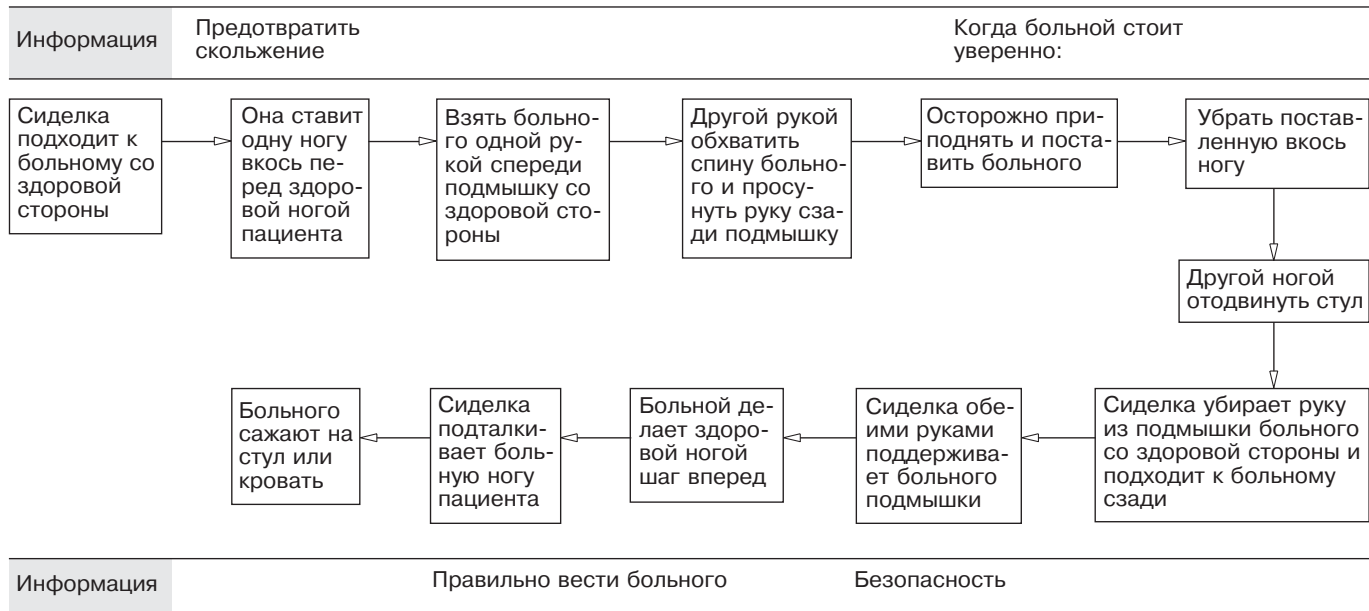


Схема 15.

Как помочь больному встать с кровати и усадить его на стул

Больной парализован с одной стороны – Сиделка действует одна

Подготовка

- В ногах кровати поставить стул, который не слишком легко скользит.
- Приготовить домашние тапочки больного.
- Положить наготове шерстяное одеяло.

Последовательность действий

- Сиделка подходит к кровати и становится со здоровой стороны больного.
- Она откидывает одеяло настолько, насколько это нужно.
- Затем она надевает больному чулки.
- При помощи поддерживающего захвата больного поднимают.
- Сиделка высвобождает руку из подмышки больного с ближней к ней стороны
- и берет ею больного под колени.
- Сиделка разворачивает ноги больного в кровати боком, так что они свисают с кровати.
- Другой рукой сиделка одновременно поворачивает в сторону корпус больного. В результате больной сидит на краю кровати.
- Больному надевают тапочки.

Поднимание больного спереди:

- Сиделка подходит к больному спереди со здоровой стороны.
- Она ставит ноги под острым углом перед ступнями па-

циента, чтобы предотвратить их скольжение.

- Колени сиделки поддерживают колени больного.
- Обеими руками сиделка берет больного спереди подмышки.
- Затем она медленно поднимает больного.

Поднимание больного сбоку:

- Сиделка подходит к больному со здоровой стороны.
- Одну ногу она ставит вкось перед здоровой ногой пациента, чтобы предотвратить скольжение его ноги.
- Одной рукой она берет больного спереди подмышку со здоровой стороны.
- Другой рукой она обхватывает спину больного и просовывает руку сзади подмышку.
- Она осторожно поднимает больного и ставит его.
- Когда больной уверенно стоит, сиделка осторожно разворачивает его к стулу.
- Здоровая нога пациента поворачивается вслед за движением сиделки, больную ногу она подталкивает ногой.
- Она позволяет больному медленно опуститься на стул, поддерживая все это время колени больного своими собственными коленями.
- Одну ногу она ставит перед ногами больного,
- другую ногу за ножку стула.
- Сиделка подпирает спину больного подушкой
- и накрывает его ноги одеялом.
- Затем она надевает больному тапочки и проверяет, правильно ли сидит больной.
- Затем можно привести в порядок постель.
- После этого больного можно снова уложить в постель (действуя в обратном порядке).

Проследите отдельные шаги по приводимой здесь схеме действий. Обратите особое внимание на подготовку, важность которой раскрывается в ходе выполнения действия.

Как помочь больному встать с кровати и усадить его на стул

Больной парализован с одной стороны –
Сиделка действует одна

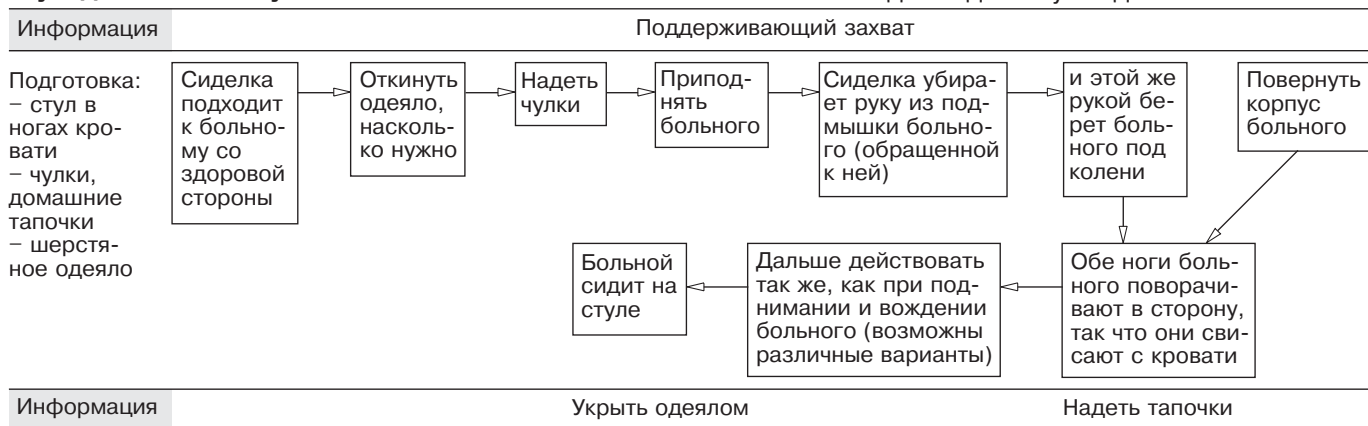


Схема 16.

ЗАМЕТЬТЕ:

Вы изучили и выполнили много упражнений. При этом вы должны были заметить, что особенно важно уметь точно выполнять различные захваты и технические приемы. Это означает, что в случае необходимости надо быть готовым выполнять их в правильной последовательности и в любое время. Если не выполнять эти процедуры длительное время, то их легко забыть. Поэтому рекомендуется при любой представившейся возможности активизировать однажды освоенные вами навыки.

Необходимо чтобы лица, ухаживающие за больными, владели всеми важнейшими техническими приемами, используемыми при уходе за больным на дому.

Проверьте ваши знания

1. Основные требования (стр. 43)

Какие основные требования предъявляются к сиделке, прежде чем она приступит к проведению мероприятий, связанных с уходом за больным?

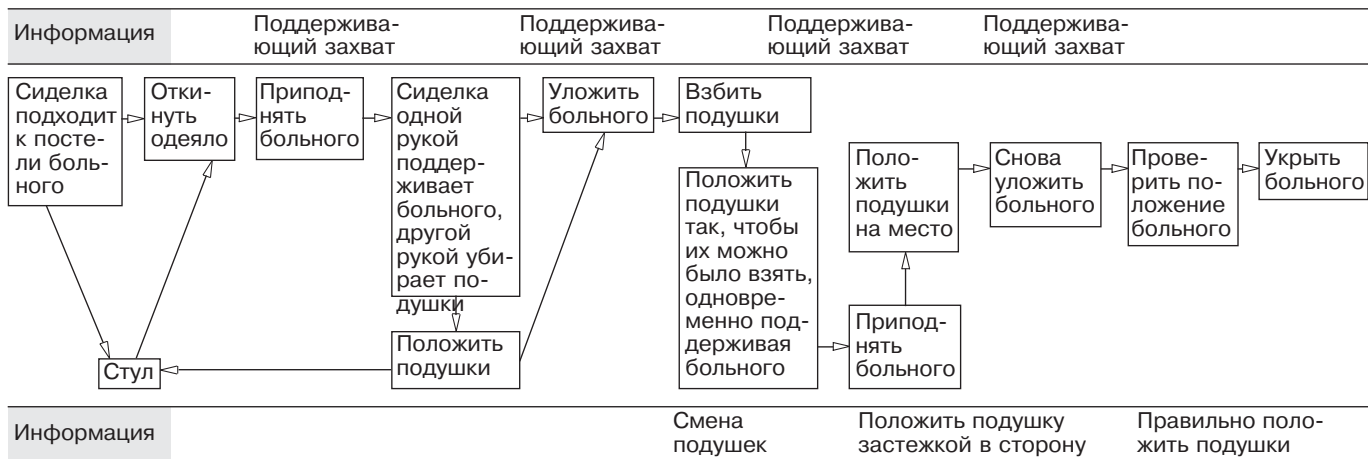
1. _____
2. _____
3. _____

2. Взбивание подушек (стр. 44)

Найдите в приведенной ниже схеме действий четыре момента, когда применяется поддерживающий захват.

Взбивание подушек – последовательность действий

Пациент может помогать сиделке



3. Приподнимание больного и подтягивание его к изголовью кровати (стр. 47 и след.)

– Опишите изображенный на фотографии приподнимающий захват:

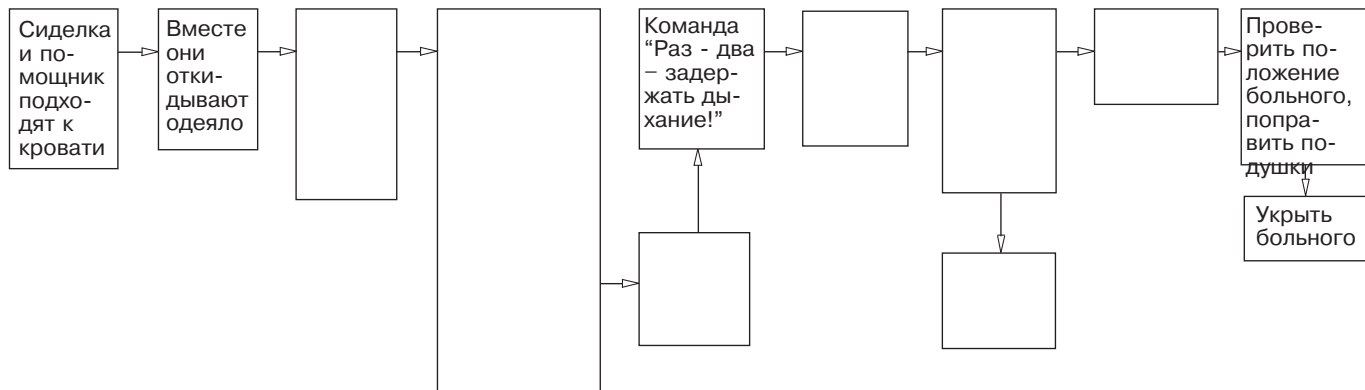
Левой рукой _____

Правой рукой _____

– Впишите в пустые клетки приведенной ниже схемы описание тех шагов, которые вы проработали раньше (стр.55). Эти шаги особенно важны при выполнении данной процедуры с теми пациентами, которые не могут помочь сиделке в ее выполнении, но могут самостоятельно поднимать голову. (схема 7 на стр. 50)



Рис. 46



4. Смена пеленок (стр. 52)

– Прежде чем сменить использованную пеленку, надо приготовить свежую пеленку. На что следует при этом обратить внимание?

1. _____

2. _____

3. _____

– Найдите в приводившейся выше схеме действий (стр. 54) те шаги, которые описывают собственно смену пеленки. Назовите те шаги, которые выпущены здесь:

1. Освободите пеленку с одной стороны.

2. _____

3. _____

4. Сделать “мостик”.

5. _____

6. Больной опускается. Сиделка переходит на другую сторону.

7. _____

8. Сделать “мостик”.

9. _____

10. _____

– На что вы обращаете внимание, когда поворачиваете больного на бок? (стр. 56)

1. _____

2. _____

3. _____

– Опишите процесс смены пеленки (стр. 57).

1. Освободить пеленку с обеих сторон.

2. _____

3. _____

4. _____

5. Заправить чистую пеленку.

6. Положить пациента на другой бок.

7. _____

8. _____

9. _____

5. Смена ночной рубашки

Определите, к каким шагам приведенной на стр.59 схемы действий относятся фотографии, и отметьте эти места в схеме.



Рис. 47



Рис. 48

6. Перестилание постели и перемещение больного (стр. 63)

– Изобразите на рисунке 49, как можно расположить кушетку по отношению к кровати (ср. стр. 63).



Рис. 49

– Назовите важнейшие требования, предъявляемые при перемещении больного (ср. стр.65):

1. _____ – при охватывании больного
2. _____ – при поднимании больного по команде
3. _____ – при перемещении больного.

4

Наблюдение за больным

Часть 1

Сердце и кровообращение

Пульс

Дыхание

Учебные задачи

Первая группа задач: сердце и кровообращение

Для того, чтобы грамотно наблюдать за состоянием больного, необходимо уметь:

- назвать различные отделы системы кровообращения;
- объяснить понятия *артерия, вена, капилляр*;
- описать процесс кровообращения;
- при помощи модели кровообращения объяснить процесс обмена веществ в клетках организма;
- при помощи схемы описать легочный круг кровообращения и газообмен в организме.

Вторая группа задач: пульс

Для того, чтобы грамотно наблюдать за состоянием больного, необходимо уметь:

- объяснить возникновение пульсовой волны;
- показать места на теле, где ощущается биение пульса;
- объяснить различие между нормальным и измененным пульсом;
- осуществлять измерение пульса.

Третья группа задач: дыхание

Для того, чтобы грамотно наблюдать за состоянием больного, необходимо уметь:

- различать грудной и брюшной тип дыхания;
- наблюдать за процессом нормального дыхания;
- замечать отклонения от нормального дыхания.

Введение

Пульс и дыхание дают представление о важнейших жизненных процессах человека, таких как сердечная деятельность и дыхательный процесс. Они играют также важную роль в наблюдении за больными, особенно тяжелыми и хроническими. Поэтому тот, кто осуществляет уход за больным, должен уметь контролировать пульс и регистрировать изменения в дыхании и пульсе больного. Эти сравнительно несложные процедуры должна уметь проводить каждая сиделка; в то же время внешне наблюдаемые проявления пульса и дыхания дают представление о состоянии важнейших органов человека, а именно сердца, легких и системы кровообращения.

Сердце и система кровообращения

Сердце представляет собой полый мышечный орган, который, подобно мотору, поддерживает движение крови в организме. За минуту сердце человека, находящегося в покое, перекачивает 4 литра крови. При физическом напряжении объем крови, перекачиваемой за минуту, увеличивается в шесть раз, достигая тем самым 24 литров. Кровь циркулирует в организме по замкнутой системе кровеносных сосудов, состоящей из артерий, вен и капилляров.

- **Артерии** отводят кровь от сердца. Они имеют мощную мышечную стенку и специальную эластичную структуру.
- **Вены** несут кровь от органов тела к сердцу; в сравнении с артериями стенки вен более тонкие. Для улучшения движения крови вены оснащены клапанами.
- **Капилляры** – самые тонкие (как волос) кровеносные сосуды. Они образуют переход от артерий к венам.

Поперечный срез артерии

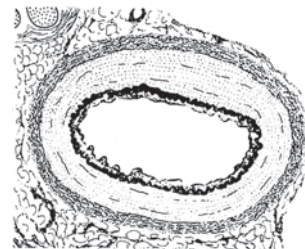


Рис.50

Вена в разрезе (слева) и схема работы венозного клапана (справа).

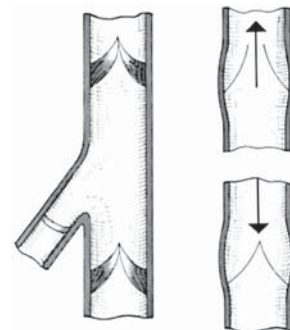


Рис.51

Большой круг кровообращения

Большой круг кровообращения охватывает все тело человека. Функции большого круга кровообращения:

– доставить клеткам организма питательные вещества и кислород;

– отвести от них продукты обмена и углекислый газ.

В большом круге кровообращения по артериям течет *от сердца* кровь, обогащенная кислородом и питательными веществами, *к сердцу* – кровь, наполненная продуктами обмена и углекислым газом.

Аорта, выходящая из левого желудочка сердца, разветвляется далее на мощные артерии, через которые снабжаются "свежей" кровью все органы человека (например, сердечная мышца, голова, почки, кишечник, ноги и руки).

Артерии разветвляются на все более и более мелкие сосуды вплоть до сосудов толщиной в волос (капилляров), снабжающих отдельные клетки тканей организма. Здесь осуществляется процесс обмена питательных веществ на шлаки. Кровь здесь вступает в теснейший контакт с клетками, отдает содержащиеся в ней питательные вещества, а также необходимый клеткам для тканевого дыхания кислород и принимает от них продукты обмена и углекислый газ. Кровь снова постепенно собирается во все более толстые *вены*, которые отводят ее к правому предсердию.

Проследите по схеме движение крови от сердца к обозначенным на рисунке органам, капиллярный обмен и движение крови обратно к сердцу.

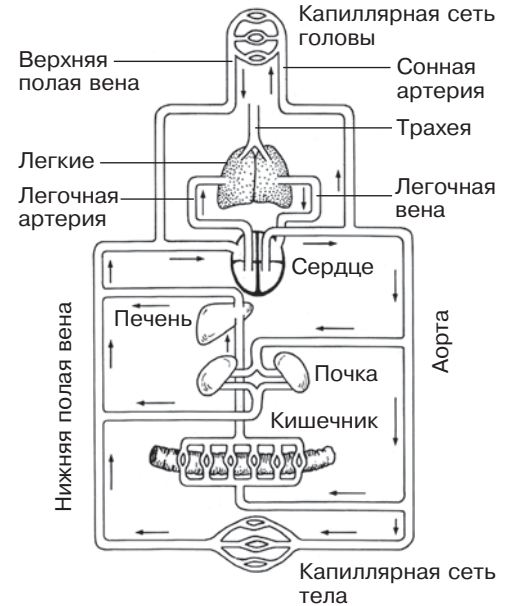


Рис.52

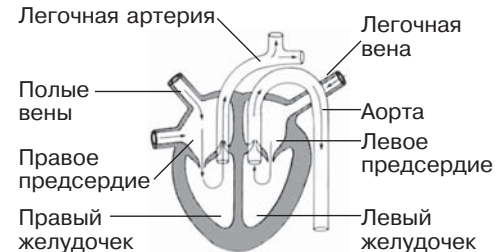


Рис.53

Легочный круг кровообращения

Правый желудочек сердца качает кровь через легочную артерию в легкие. Там легочная артерия разветвляется на все более и более мелкие сосуды. Эти тончайшие сосуды (капилляры) густо пронизывают легочные пузырьки (альвеолы) и создают непосредственный контакт между кровью и вдыхаемым воздухом. Здесь кровь отдает углекислый газ, насыщается кислородом и возвращается по все более крупным сосудам в левое предсердие.

Проследите по схеме движение крови от сердца к легким, газообмен в альвеолах и движение крови обратно к сердцу.

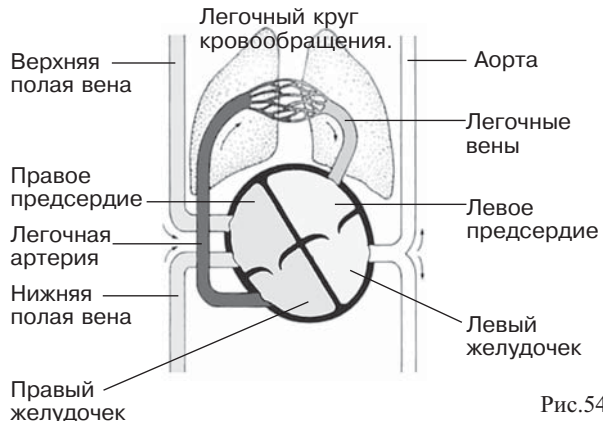


Рис.54

ЗАМЕЙТЕ:

Кровь циркулирует по замкнутой системе кровеносных сосудов, охватывающей все органы человека, включая легкие. Она приносит кислород и питательные вещества во все клетки организма и уносит продукты обмена и углекислый газ.

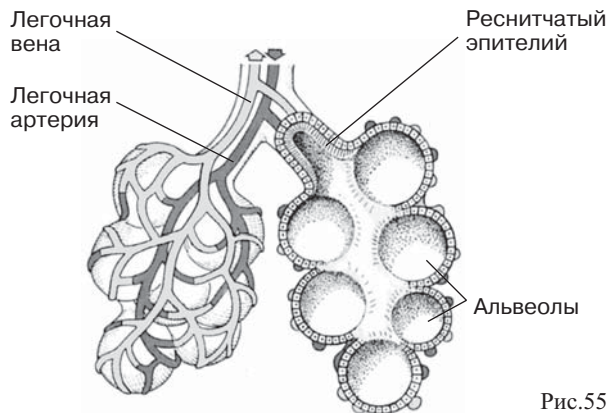


Рис.55

Пульс

Вы уже знаете, что в большом круге кровообращения кровь течет по артериям от сердца, по венам – к сердцу.

Биение пульса

Биение пульса возникает из-за того, что при каждом ударе сердца кровь выбрасывается в аорту. Это движение крови, благодаря эластичности стенок аорты и прочих крупных артерий, создает пульсовую волну. Пульс – это биение волны крови в кровеносных сосудах или о стенки сосудов. Это биение передается во все артерии и может быть заметным на ощупь. Везде, где артерии близко подходят к коже, можно наблюдать и измерять регулярное волнообразное движение крови, иначе говоря, биение пульса.

Таковыми местами являются:

- кистевой сгиб (запястье) (лучевая артерия);
- шея (сонная артерия);
- висок (височная артерия);

На приводимом здесь рисунке темными овалами показаны места, на которых можно почувствовать биение пульса.

ЗАМЕТЬТЕ:

Биение пульса заметно в тех местах, где артерии близко подходят к коже, а под ними находится что-нибудь твердое (например, кость). Пульс взрослого человека составляет в среднем 70 ударов в минуту, у пожилых людей – примерно 60 ударов в минуту.

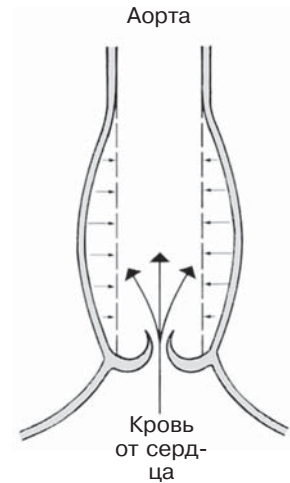


Рис. 56

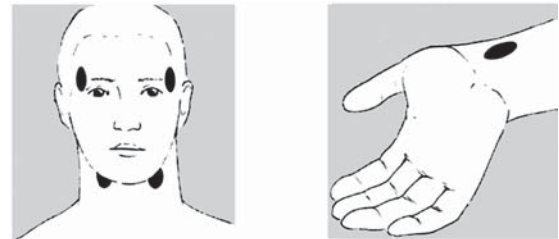


Рис. 57

Вы, вероятно, замечали, что ваше сердце бьется по-разному в зависимости от получаемой вами физической нагрузки (поднимание по лестнице, быстрый бег), а также в зависимости от вашего психического состояния (радость, испуг). В этих случаях соответственно ускоряется и пульс.

Работа сердца и биение пульса зависит также от возраста и состояния здоровья человека.

Пульс может замедляться, например, при заболеваниях сердца, при приеме определенных медикаментов.

Ускоренное биение пульса может наблюдаться, например, при лихорадке; при заболеваниях сердца; при резкой потере крови.

Обычно биение пульса происходит равномерно. Неравномерный пульс является частым признаком заболеваний сердца.

Нормальный пульс: ● ● ● ● ● Равномерное биение

Измененный пульс: ●●● ● ●● Неравномерное биение

Прощупывание пульса

Сиделка в одной руке держит часы с секундной стрелкой, другой рукой она находит пульс и считает удары в описываемой ниже последовательности:

Исходное положение

Рука больного лежит спокойно (например, на одеяле кровати или на столе).

Процедура

- Сиделка находит пульс больного правой рукой;
- для этого она кладет кончики указательного, среднего и безымянного пальца в ложбинку между лучевой костью и сухожилием и нащупывает пульсирующую артерию. Большой палец ее руки не должен касаться тыльной стороны руки больного;
- затем сиделка слегка нажимает кончиками пальцев в направлении лучевой кости и ощущает пульсовую волну.

Измерение пульса

- Сиделка смотрит на часы и ждет, пока секундная стрелка не достигнет 12;
- Она начинает считать 0 – 1 – 2 – 3 и так далее, пока секундная стрелка снова не дойдет до 12.
- Число, на котором сиделка остановилась в этот момент, есть количество ударов пульса в минуту.
- Это число записывается в карточку больного.



Заметьте:

Большой палец отставить в сторону!

ЗАМЕЬТЕ:

Если у вас уже есть определенный опыт измерения пульса, вполне достаточно:

- считать только полминуты и затем умножить результат на два;
- считать только 15 секунд и затем умножить полученный результат на 4.

При заболеваниях сердца надо всегда измерять пульс в течение целой минуты (наблюдая за возможной неравномерностью пульса).

Измерение пульса необходимо усвоить и натренировать. Лучше всего сделать это путем выполнения практических заданий.

Если вы раньше никогда не измеряли пульс себе или другим, следует попробовать измерять его у членов вашей семьи с соблюдением всех описанных здесь правил.

Рекомендуется проверить самостоятельно приобретенный навык с помощью профессиональных медицинских работников (врача, медицинской сестры).

Дыхание

При изучении легочного круга кровообращения вы узнали, что кислород попадает в кровь через альвеолы. Следует выяснить также, как кислород попадает в сами легкие. Это происходит в ходе процесса дыхания, который состоит из вдохов и выдохов.

При вдохе предварительно очищенный и подогретый воздух попадает через нос, глотку и гортань (верхние

дыхательные пути) в трахею. Трахея разветвляется на правую и левую ветвь, которые называются бронхи (нижние дыхательные пути). Бронхи разветвляются далее на более мелкие, вплоть до самых мелких, заканчивающихся в альвеолах. Там происходит отдача кислорода в кровь и впитывание углекислого газа. При выдохе, наоборот, выходит использованный воздух.

Грудной и брюшной тип дыхания

В результате увеличения объема грудной клетки воздух всасывается в легкие, в результате его уменьшения – выталкивается наружу. Легкие пассивно следуют за движениями грудной стенки и диафрагмы. Главная роль принадлежит при этом диафрагме, действующей подобно кузнечным мехам. Брюшное дыхание сочетается с грудным дыханием. Поскольку с возрастом грудная клетка становится менее эластичной, значение грудного дыхания уменьшается.

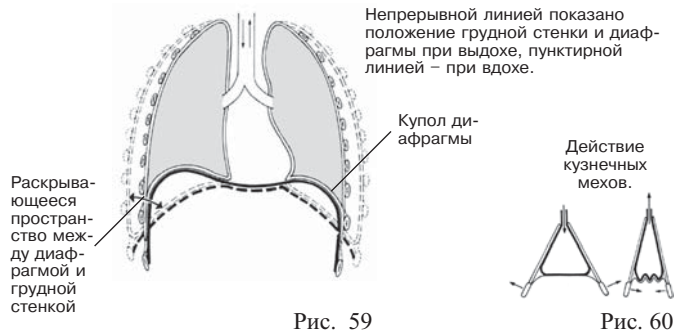


Рис. 59

Рис. 60

ЗАМЕТЬТЕ:

Различается грудной и брюшной тип дыхания. В положении лежа преобладает реберное дыхание.

Наблюдение за дыханием

При наблюдении за дыханием следует прежде всего обращать внимание на частоту и ритм дыхания.

Частота дыхательных движений

Нормальная частота дыхания составляет у взрослых 16 вдохов/выдохов в минуту.

Измерьте частоту вашего собственного дыхания в течение одной минуты. Для этого положите руку на живот. Приподнимание и опускание живота соответствует одному вдоху/выдоху.

Глубина дыхания

Частоту дыхания следует рассматривать одновременно с его глубиной. Обычно при небольшом числе вдохов/выдохов дыхание более глубокое. Однако существуют такие ситуации (пожилой возраст, длительное лежачее положение, определенные болезни), при которых дыхание становится более поверхностным.

ЗАМЕТЬТЕ:

Длительность измерения частоты дыхания – 1 минута.

Вдох и последующий выдох засчитываются как одно дыхательное движение. Частоту дыхания следует рассматривать в связи с его глубиной.

Дыхательный ритм

Вы уже знаете, что следует различать частоту и глубину дыхания. Помимо этого, следует обращать внимание на ритм дыхания. В нормальном случае вдох, выдох и дыхательная пауза следуют друг за другом ритмично, бесшумно и без напряжения.



Нормальное дыхание

Нормальный дыхательный ритм может нарушаться в ходе определенных заболеваний. С другой стороны, изменения в ритме дыхания указывают на определенные заболевания. На рисунке показан ритм при так называемом дыхании Чейн-Стокса.



Дыхание Чейн-Стокса

Оно начинается мелкими, неглубокими дыхательными движениями, которые постепенно становятся все более глубокими, зачастую затрудненными. Затем дыхание постепенно становится снова более медленным и поверхностным, вплоть до наступления паузы. Эта форма дыхания часто имеет место при заболеваниях головного мозга, отравлениях, заболеваниях сердца, часто являясь угрожающим признаком приближающейся смерти.

ЗАМЕТЬТЕ:

Дыхание может быть затруднено из-за слюны, рвотных масс, крови и мокроты. Эти вещества, а также инородные тела могут привести к сужению дыхательных путей и даже к удушью.

Проверьте ваши знания

1. Система кровообращения (стр. 75-76)

– Назовите важнейшие системы кровообращения.

1. _____

2. _____

– Проследите по схеме большого круга кровообращения путь крови от левого желудочка сердца к капиллярам и цветом покажите на схеме путь артериальной крови.

1. _____

2. _____

3. _____

– Закончите предложения:

Легочный круг кровообращения начинается в

и заканчивается в

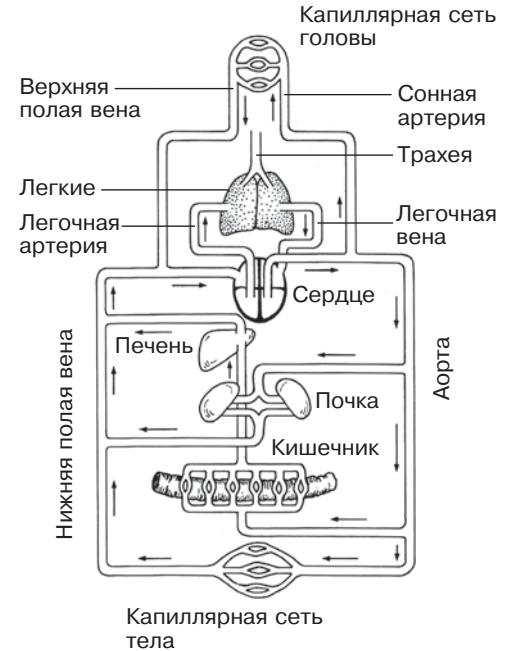


Рис.61

2. Пульс (см.стр. 77)

– Назовите те места на теле, где прощупывается пульс.

1. _____
2. _____
3. _____

– Частота пульса у взрослых составляет в среднем _____ ударов в минуту, у пожилых людей – _____ ударов в минуту.

– Определите, какому типу пульса соответствуют приведенные здесь схемы:





3. Дыхание (стр. 79- 80)

– Назовите виды дыхания, о которых вы узнали из нашего курса.

1. _____
2. _____

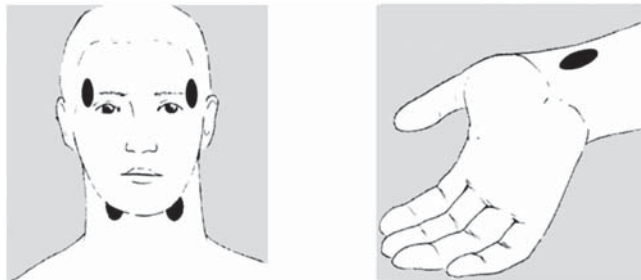


Рис. 62

5

Наблюдение за больным

Часть 2

**Наблюдение за больным
Признаки заболеваний
(цвет кожи, температура
тела, выделения)**

Учебные задачи

Первая группа задач: Наблюдение за больным

Для того, чтобы грамотно наблюдать за состоянием больного, необходимо уметь:

- наблюдать за внешним видом больного и различать нормальный и измененный внешний вид пациента;
- контролировать изменения состояния больного;
- объяснить необходимость контроля за состоянием больного при помощи определенных измерений.

Вторая группа задач: Признаки заболеваний

Для того, чтобы грамотно наблюдать за состоянием больного, необходимо уметь:

- перечислить субъективные и объективные признаки заболеваний;
- назвать важнейшие симптомы заболеваний;
- описать различные способы измерения температуры;
- объяснить значение тех или иных результатов измерения;
- целенаправленно наблюдать за болезненными изменениями выделений больного.

Наблюдение за больным

Дать больному чувство защищенности

Больной нуждается в том, чтобы за ним ухаживал человек, способный сознательно наблюдать за его состоянием. Так, внимательная сиделка немедленно заметит, если больной

- чувствует боль;
- неправильно лежит или
- плохо себя чувствует.

Уже само по себе внимание сиделки, умеющей уважать, распознавать и чувствовать потребности больного, дает ему чувство защищенности и безопасности. Хорошая сиделка облегчает больному процесс ухода за ним и тем самым вносит существенный вклад в его выздоровление.

Целенаправленное использование органов чувств

Требование к сиделке, заключающееся в том, что при любой процедуре, при любом разговоре с больным она должна вести наблюдение за ним, используя все органы чувств, и воспринимать все возможные изменения в состоянии больного, кажется легко выполнимым. Но в действительности выполнить его достаточно трудно, поскольку цивилизованный человек зачастую пользуется своими органами чувств достаточно поверхностно. Такое, поверхностное, использование органов чувств в уходе за больными совершенно недостаточно. От сиделки требуется гораздо большее: уметь использовать свои органы чувств целенаправленно, с тем, чтобы быть в состоянии заме-

тить малейшие изменения во внешнем облике и самочувствии больного.

Первым шагом к этому является сознательное пользование своими органами чувств, а именно зрением, слухом, осязанием и обонянием. Так, например, возможна ситуация, в которой:

глаза	видят	покраснение кожи
уши	слышат	измененный ритм дыхания, хрипы и т.п.
пальцы	ощущают	пульс
нос	обоняет	испарения

Часто изменения в состоянии больного можно заметить и с помощью наших обычных органов чувств.

ЗАМЕЬТЕ:

Использование органов чувств – это **наблюдение**.

В уходе за больными **наблюдать** означает следить при помощи органов чувств за изменениями в состоянии больного.

Изменения могут быть заметны

- по внешнему виду больного – например, по его глазам;
- по его манере держать себя – например, по походке;
- по его коже – например, по ее красноте или бледности.

Если сиделка случайно заметит изменения подобного рода, она должна в дальнейшем *целенаправленно* наблюдать за ними. Она проверяет, не было ли ее первое наблюдение однократным или случайным; не указывает ли оно на какое-либо заболевание.

Пример: мужчина, возвращаясь после работы домой усталым и разбитым, жалуется на головную боль. Во время разговора его жена замечает необычно блестящие глаза мужа, его покрасневшее лицо и усталый вид. Ей приходит в голову мысль, что у мужа, возможно, жар. Она обнаруживает, что его лоб и руки горячие. С помощью термометра она измеряет температуру, чтобы проверить свое первое наблюдение. При этом выясняется, что у мужа на самом деле высокая температура.

Этот пример показывает, как от случайного наблюдения следует переходить к целенаправленному наблюдению и контролю за состоянием больного. От зрительных, слуховых и осязательных впечатлений сиделка переходит к измерению температуры тела пациента.

Проследите по приведенной здесь схеме процесс наблюдения за больным.

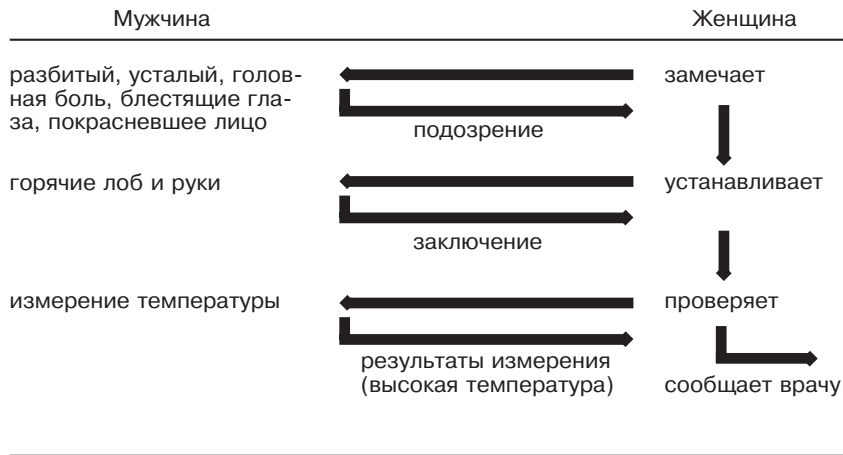


Схема 18.

ЗАМЕТЬТЕ:

Подобным образом происходит любое наблюдение за больным:

1. заметить
2. установить
3. проверить (измерить и проконтролировать).

Наблюдение за изменениями в состоянии больного в форме наблюдения и контроля остается неполным, если оно не сопровождается знаниями основных симптомов заболеваний. Так, жар у больного является не заболеванием сам по себе, а признаком (симптомом) определенного заболевания. Симптомы лишь указывают на определенное заболевание. Решение о том, имеется ли в действительности то или иное заболевание, входит в компетенцию врача, который устанавливает диагноз.

Признаки заболеваний

Субъективные и объективные признаки

Существуют такие признаки заболеваний, которые ощущает и о которых может сообщить только сам больной. Так, например, боль в суставах или головокружение может почувствовать только сам больной; поэтому такие симптомы называются *субъективными* признаками заболевания.

С другой стороны, существует много симптомов, которые можно заметить только в ходе целенаправленного наблюдения и контроля. Такие признаки называются *объективными*.

Ниже в неупорядоченном виде перечисляются различные субъективные и объективные признаки заболеваний. Подумайте, к какой из групп вы отнесли бы отдельные признаки:

1. Вялость
2. Припухлость кожи
3. Черный цвет стула
4. Головокружение
5. Темный (как пиво) цвет мочи
6. Необычная бледность
7. Боли
8. Повышенная температура тела
9. Кровохарканье
10. Озноб
11. Рвота цвета кофейной гущи
12. Боли в суставах
13. Ненормальная потеря веса
14. Высокая температура
15. Тошнота
16. Снижение работоспособности.

Субъективные признаки:

Объективные признаки заболеваний:

Сравните ваш ответ с правильным ответом, данным на следующей странице

Ответ:

Субъективные признаки: 1 4 7 12 15 16
 Объективные признаки: 1 3 5 6 8 9 10 11 13 14

Практика ухода за больными показывает, что точно различить субъективные и объективные признаки заболеваний можно не всегда. Так, сильная боль может быть труднонаблюдаемой и почти незаметной для сиделки; с другой стороны, определенное положение тела пациента (сходящее положение) для внимательной сиделки служит признаком боли, даже если пациент ничего не сообщает о них.

Из множества симптомов заболеваний ниже выбраны и описаны только те из них, которые особенно важны для ухода за больным: цвет кожи, температура тела, выделения больного.

Цвет кожи

Состояние кожи часто отражает состояние того или иного органа. Как вы уже знаете, кровь течет по капиллярам кожи, что придает коже розоватый цвет. При определенных заболеваниях количество шлаков (продуктов обмена) в крови может значительно превышать норму, что влияет и на цвет кожи. Так, например, при воспалении печени кровь содержит (желтую) желчь, что придает коже желтоватый цвет.

В таблице 16 показано, как в результате болезни может измениться цвет кожи.

Табл. 16

Изменения	Заболевание
Покраснение	Лихорадка, сыпь, высокое кровяное давление
Бледность	Внутренние кровотечения, заболевание крови, низкое кровяное давление, болезни сердца
Синеватый цвет губ, мочек ушей, кончиков пальцев	Болезни легких, сердца
Желтизна	Застой желчи, воспаления печени, заболевания крови

Не все изменения цвета кожи являются результатом болезни. Так, на внешний вид человека могут влиять недостаток кислорода, волнение или испуг. У лежачих больных причиной изменения цвета кожи могут явиться также ошибки в уходе за больным, как, например, слишком высокая температура в помещении, где находится больной, перегрев больного из-за слишком теплого одеяла или электрической грелки, а также ошибки в назначенной больному диете.

Температура тела

В теле человека в результате переработки питательных веществ происходит образование энергии, расходуемой на работу мышц человека, а также тепла, расходуемого на поддержание определенной температуры тела (см. стр. 137). Расположенный в головном мозгу человека центр терморегуляции поддерживает температуру тела между 36 и 37. Этот центр отвечает также за то, чтобы температура тела была приблизительно одинаковой, независимо от того, вырабатывает ли организм тепло (например, когда человек дрожит от холода) или отдает его (например, когда человек потеет). Если в результате вторжения в организм возбудителей болезни тепловой центр возбуждается и побуждает организм к усиленной выработке тепла, то температура тела поднимается. Последствием этого является повышенная температура или жар.

ЗАМЕТЬТЕ:

Повышенная температура еще не считается жаром!

Нормальная температура, повышенная температура и жар

Нормальная температура человеческого тела находится в интервале между 36 и 37 градусами Цельсия. Небольшие колебания температуры (в пределах одного градуса) считаются нормальными, причем наиболее низкая температура тела наблюдается обычно в середине ночи, а самая высокая – в вечернее время.

- Температура ниже 36⁰С считается пониженной;
- Температура между 37⁰ и 38⁰С называется субфебрильной лихорадкой;
- Температура выше 38⁰С называется фебрильной лихорадкой;
- Температура выше 39⁰С (при измерении подмышкой) называется пиретической лихорадкой.

Способы измерения температуры

Чтобы измерить температуру тела как можно точнее, необходимо измерять ее с помощью термометра. В уходе за больными используется три основных способа измерения температуры.

1. Аксиллярное измерение (в подмышечной впадине).

- Точно вложить термометр в подмышечную впадину;
- Подмышечная впадина должна быть сухой; измерению не должны мешать детали одежды больного;
- Продолжительность измерения: 10 минут.

2. Оральное измерение (во рту).

- Специальная конструкция термометра (только для индивидуального пользования)
- Термометр следует класть под язык;
- Продолжительность измерения: 8 минут; не использовать у детей.

3. Ректальное измерение (в прямой кишке).

- Больной лежит на боку или на спине;

- Смазать термометр;
- Вращающим движением ввести термометр;
- Для домашнего ухода: крепко держать термометр;
- Продолжительность измерения: 3 минуты.

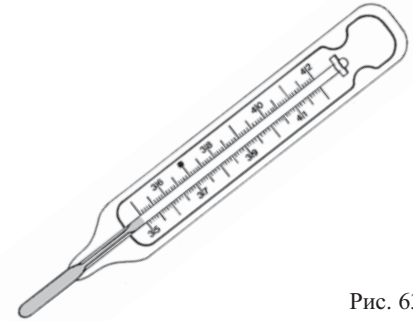


Рис. 63

Вы узнали о трех основных способах измерения температуры тела. Подумайте, какие преимущества и недостатки имеет каждый способ измерения (аксиллярный, оральный, ректальный). Внесите результаты ваших размышлений в следующую таблицу:

Табл. 17

	Аксиллярный способ измерения	Оральный способ измерения	Ректальный способ измерения
Преимущества			
Недостатки			

Табл. 18

	Аксиллярный способ измерения	Оральный способ	Ректальный способ
Преимущества	легкость выполнения	простота, быстрота измерения, отсутствие источников возможных ошибок	Быстрота измерения, наибольшая точность измерения, отсутствие источников возможных ошибок
Недостатки	многочисленные источники возможных ошибок: неточность, длительность измерения, неправильное положение термометра, у беспокойных больных опасность падения термометра	непригодность для детей и больных, страдающих одышкой, опасность разбить термометр	неприятность для больного, у беспокойных больных опасность разбить термометр, непригодность для использования при заболеваниях прямой кишки

Обращение с термометром

Перед употреблением проверить состояние термометра:

- наличие повреждений;
- положение ртути;
- если термометр хранился в дезинфицирующем растворе, его следует промыть и вытереть.

После употребления

- вымыть термометр проточной холодной водой;
- если производилось ректальное измерение, протереть термометр ватой;
- простерилизовать в дезинфицирующем растворе;
- хранить термометр в футляре (при постоянном пользовании термометр можно держать в стакане с дезинфицирующим раствором и ватой).

ЗАМЕТЬТЕ:

Результаты измерений температуры должны фиксироваться с указанием способа и времени измерения. Результаты измерений нельзя ни преуменьшать, ни преувеличивать.

Будьте осторожны, если разобьете термометр! Ртуть ядовита!

Время измерения

- утром в 7 часов
- после обеда в 16 часов
- в зависимости от характера болезни можно также вечером или перед приходом врача, или как указал врач

Устройство термометра

- запаянный стеклянный сосуд без воздуха
- шкала, проградуированная от 35 до 42
- деление шкалы – одна десятая градуса
- отделение для ртути
- стеклянная трубка, выделенная контрастным цветом
- часть стеклянной трубки заужена (при охлаждении термометра нить ртути в ней разрывается, благодаря чему показания термометра понижаются не более чем на 1/10)

Случаи, когда необходимо измерять температуру

- лихорадочно блестящие или мутные глаза
- краснота
- озноб
- вялость, кашель, понос
- дрожь

Термометр



Способы измерения

- аксиллярный (подмышкой): сухие подмышки
- оральный (во рту)
- ректальный (в прямой кишке): термометр смазать, вводить вращательным движением

Пользование термометром и обращение с ним

- проверка состояния термометра: отсутствие повреждений; положение ртути
- в случае необходимости стряхнуть термометр
- правильно вставить термометр (обратить внимание на складки одежды)
- в зависимости от способа измерения через определенное время вынуть термометр и снять показания (при необходимости вынимать вращательными движениями, держать вертикально)
- внести результаты измерений в карточку больного
- после использования очистить термометр и стряхнуть его

Гигиена и меры предосторожности

- *при постоянном употреблении* дезинфицируется в 2% растворе хлорамина в течении 5 мин., или в 1% растворе хлорамина в течении 30 мин.
- для защиты головки термометра: вложить марлю или вату
- *при однократном использовании* очистить кусочком ваты и дезинфицирующим средством
- хранить в футляре в сухом виде

Выделения

На основе вышесказанного у читателя могло возникнуть впечатление, что определенные знания и навыки позволяют уверенно чувствовать себя у постели больного в любой ситуации. Как мало в конкретной ситуации на самом деле дают такие знания, часто становится ясным в тех случаях, когда неожиданная рвота или неконтролируемый стул больного показывают сиделке, что, не имея достаточного опыта, она зачастую еще неспособна вести целенаправленное наблюдение за больным и оказывать ему необходимую помощь.

Рвота

Пример: Медицинская сестра подходит к хроническому больному. Во время перестилания постели больного неожиданно рвет. Ее первой реакцией в этом случае, возможно, будет чувство брезгливости. Но она видит страдания больного,

- подставляет ему лоток
- поворачивает голову больного в сторону или приподнимает его
- успокаивает его словами и
- просит его глубоко вздохнуть.

Оказывая больному практическую помощь, сиделка так вживается в эту неприятную для обоих участников ситуацию, что преодолевает свою первоначальную брезгливость и внимательно наблюдает за больным. Теперь сиделка может заметить особенности внешнего вида, запаха и количество рвотных масс. Позже она может также сделать запись для врача.

Этот пример показывает,

– как работе неопытной сиделки сначала мешает чувство брезгливости;

– как она преодолевает это чувство, видя страдания больного и действуя в соответствии с его потребностями;

Тот, кто способен преодолеть отвращение и испуг и оказать больному помощь, тот будет в дальнейшем в состоянии целенаправленно наблюдать за больным во время рвоты:

- определить частоту и количество рвоты
- наблюдать за процессом
- обратить внимание на внешний вид рвотных масс (при необходимости сохранить часть для врачебного диагноза).

Если врач посетит больного на дому, из ваших наблюдений он сможет получить информацию

о частоте и количестве рвоты, а именно:

рвало ли больного один раз или много раз;

рвало ли больного натощак, или после еды, или же только после определенных блюд;

рвало ли больного после какого-либо возбуждения;

было ли больному плохо перед рвотой или же его вырвало неожиданно;

о том, как рвало больного:

- потоком;
- при затрудненном глотании;
- толчками.

Цвет и консистенция рвотных масс

Табл. 19

Цвет	Причина такой окраски	Консистенция
Бесцветный	Пустой желудок	присутствует желудочный сок, жидкая, слизистая
Желтый/ зеленоватый	Примесь желчи	жидко-слизистая желчеобразная
Красно-коричнево-черный	Примесь крови	типа кофейной гущи

Изменения цвета возможны также из-за приема определенных видов пищи и медикаментов.

Рвотные массы могут также

- содержать мелкие и крупные частицы пищи;
- быть неперевавленными или не до конца переваренными;
- содержать частицы кала (примеси содержимого кишечника).

ЗАМЕТЬТЕ:

Информация о частоте и процессе рвоты, о структуре и количестве рвотных масс может быть важна для врачебного диагноза.

Такие признаки, как цвет и консистенция, важны также при наблюдении за другими выделениями больного (мокрота, моча, стул).

Мокрота

Мокрота – это слизь из бронхов или отделяемое из глотки и носа. У здорового человека выделяется лишь небольшое количество слизи, не причиняющее ему никаких неудобств. Для старых и больных людей характерно усиленное образование слизи, которое приводит к тому, что слизь выбрасывается наружу. Точно так же, как при наблюдении за рвотными массами, необходимо прежде всего обратить внимание на цвет и консистенцию мокроты. Ниже дается краткий обзор этого вопроса.

Цвет и консистенция мокроты

Табл. 20

Цвет	Причина	Консистенция
Бесцветный-белый		слизистая
Бело–желтовато-зеленоватый	Примесь гноя	вязкая, стекловидная
Ржаво-коричневый	Примесь крови	гноеобразная

ЗАМЕТЬТЕ:

Попросите больного:

- откашлять мокроту; не глотать ее.
- выплюнуть мокроту в стакан (можно одноразовый) с дезинфицирующим раствором.

Особенно осторожным следует быть с больными с нарушениями сознания (можно пользоваться стаканом с водой)! Избегать опасности удушья.

Выполнять основные гигиенические требования.

Моча

Жидкие продукты обмена выводятся из организма с мочой.

Цвет мочи и примеси в ней

Цвет мочи здорового человека варьирует от светло– до темно-желтого. Чем меньше порция мочи, тем темнее ее цвет. При обильном мочеобразовании моча обычно светлая. У здорового человека свежая моча обычно прозрачна; возможно небольшое замутнение, которое обычно быстро проявляется.

Если в моче заметны другие изменения или если она длительное время остается мутной, то можно подозревать наличие заболевания.

Наблюдение за мочой

Табл. 21

	Цвет	Причина
Нормально	светло-желтый, если моча жидкая, темно-желтый - если концентрированная	обильное питье большая потеря жидкости или недостаток получаемой жидкости
Болезненные изменения	коричневая (цвета пива, с желтой пеной)	указывает на повреждение печени
	красно-коричневая (цвета мясного сока)	примесь крови
	с белыми хлопьями	примесь белка

Количество мочи и частота мочеиспускания

При наблюдении за мочой важно установить количество

ЗАМЕЬТЕ:

Прием медикаментов и пищи, в состав которой входят определенные красители (свекла, фруктовые соки), может приводить к временному изменению цвета мочи.

Помимо цвета, важное значение имеет прозрачность или замутненность мочи. Замутненность указывает на наличие определенных примесей (например, частиц крови, белка, бактерий, оседающих из раствора солей).

выделяемой мочи, частоту мочеиспускания, а также возможные изменения в моче. Нормальное количество – примерно 1,5 л мочи в сутки. Основное количество мочи выделяется днем.

Болезненные изменения:

постоянные позывы на мочеиспускание;
частое ночное недержание мочи;
неконтролируемое мочеиспускание.

Процесс мочеиспускания

Как правило, за процессом мочеиспускания наблюдает сам больной. В случае необходимости сиделка может попросить больного регулярно наблюдать за процессом мочеиспускания и сообщать о всех возможных изменениях.

Стул

Наблюдение за большим включает также наблюдение за его стулом. Кал, наряду с шлаками и водой, содержит также бактерии. Его цвет определяется в основном желчью. Изменения в цвете, форме и твердости кала, а также частота стула и количество каловых масс могут служить указанием на определенные заболевания.

Изменения цвета

Желчь окрашивает кал в коричневый цвет (от светло– до темно-коричневого). Причиной изменения цвета кала может быть прием некоторых продуктов питания и медикаментов или же болезненные процессы в области пищеварения.

Изменения цвета кала из-за приема пищи и лекарств

Табл. 22

Цвет	Причина
Желтоватый	Прием молока
Зеленоватый	шпината
Красно-коричневый	свеклы
Черный	Прием медикаментов, содержащих уголь

Изменения цвета кала из-за болезненных процессов

Табл. 23

Цвет	Причина
Серо-белый (цвет глины)	При заболеваниях печени и желчного пузыря желчь, которая обычно окрашивает кал, отсутствует
Черный (цвет смолы)	При кровотечениях в кишечном тракте

Консистенция кала и частота стула

Нормальный кал мягкий, но имеет при этом определенную форму. Стул обычно бывает ежедневно или через день. Из-

менения в консистенции кала и частоте стула могут указывать на нарушения процесса пищеварения.

Основными видами таких нарушений являются *понос* и *запор*.

– если опорожнение кишечника происходит несколько раз в день, иногда болезненно, причем кал жидкий, мы говорим о поносе;

– если опорожнение кишечника задерживается на несколько дней, говорят о запоре.

Не всегда при этом мы имеем дело с серьезной болезнью. Так, причиной поноса или запора могут быть нарушения питания или нервное напряжение; такие нарушения стула обычно безопасны.

В то же время запор и понос могут быть тревожными признаками заболевания.

О таких случаях следует сообщать врачу. К ним относятся прежде всего следующие ситуации:

– понос сочетается с жаром или рвотой;

– кал при поносе содержит примеси крови и слизи;

– при запоре сильно вздут живот больного;

– запор сочетается со спазматическими болями или рвотой;

– больной страдает запорами и поносами попеременно.

Наблюдения за примесями в кале

Особенное внимание следует обратить на примеси крови и слизи. Примеси крови можно распознать как кровь светлого-красного цвета, наслоившуюся или смешанную с калом. Иногда примеси крови не распознаются отдельно, но придают калу черный цвет.

О появлении в каловых массах крови следует немедленно сообщать врачу!

Проверьте свои знания

1. Оказание помощи при рвоте (см.стр. 96)

Прочитайте пример на стр.85 еще раз и напишите, какие меры помощи больному следует предпринять (в указанном порядке). Напишите также, какие полезные для врача письменные наблюдения может сделать сестра.

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

2. Субъективные и объективные признаки болезней (см. стр.90)

Назовите по три субъективных и объективных признака болезней.

Субъективные признаки

Объективные признаки

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

3. Измерение температуры тела (см. стр. 93)

Упорядочите приведенные ниже значения температуры и впишите их в соответствующую колонку:

37,0°; 39,8°; 36,2°; 38,5°; 36,7°; 38°; 35,9°; 38,3°; 37,4°С.

Табл. 24

Пониженная температура	Нормальная температура	Субфебрильная температура	Фебрильная лихорадка	Пиретическая лихорадка

На что следует обратить внимание при применении различных способов измерения температуры?

Аксиллярный

Оральный

Ректальный

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Термометр (стр. 95)

Впишите данные, пропущенные на схеме на следующей странице: температуру, способы ее измерения, время измерения, устройство термометра.

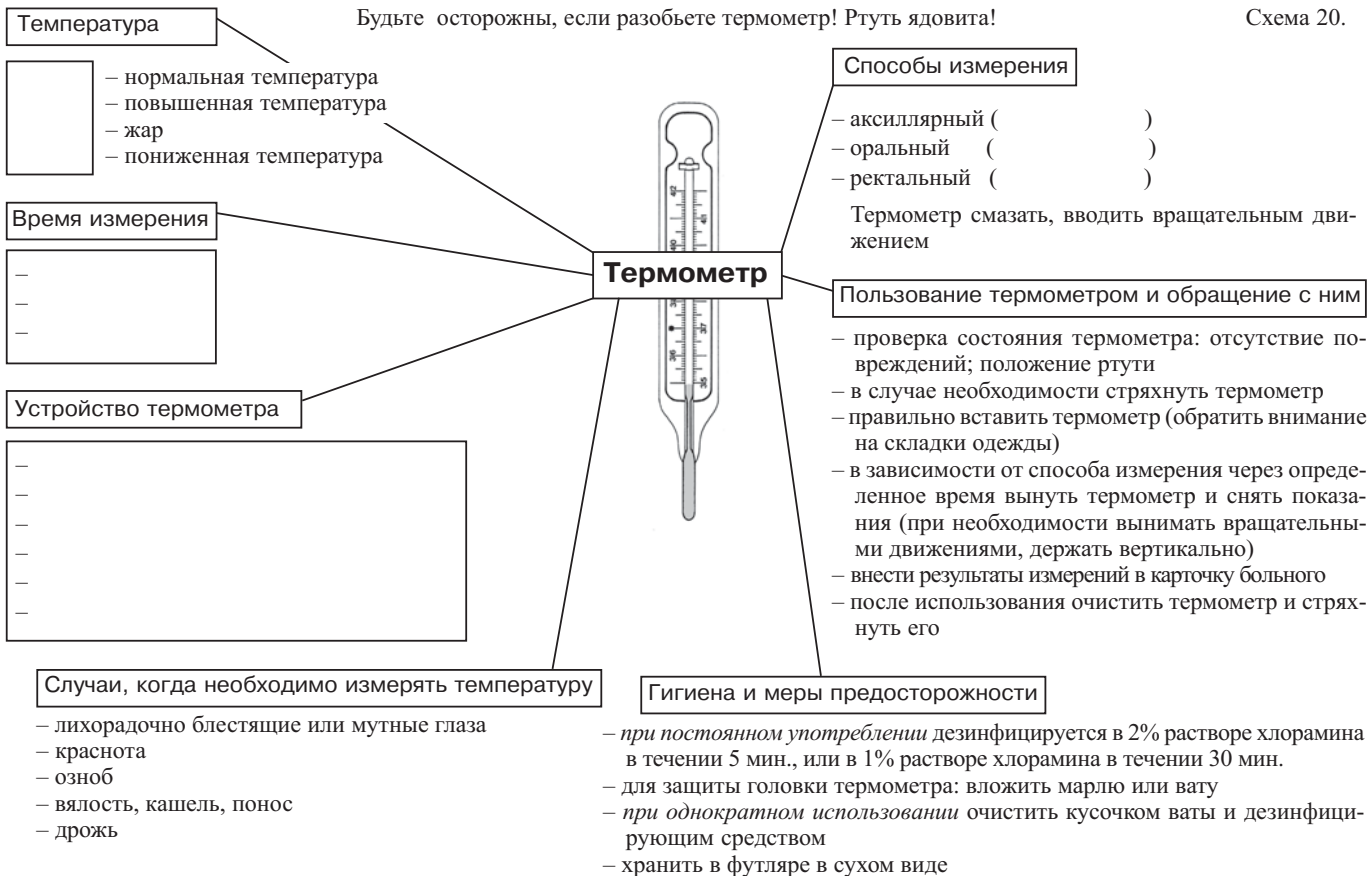
5. Выделения (стр.96 - 98)

На что должен обращать внимание больной при мочеиспускании?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Будьте осторожны, если разобьете термометр! Ртуть ядовита!

Схема 20.



6

Вторичные заболевания, вызванные длительным постельным режимом

Пролежни

Воспаление легких

Тромбозы

Контрактуры суставов

Учебные задачи

Для того, чтобы осуществлять правильный уход за больным, необходимо уметь:

- назвать четыре основных осложнения, вызываемых длительным пребыванием больного в постели;
- рассказать о возникновении пролежней и мерах, предупреждающих их возникновение;
- рассказать о развитии воспаления легких и его профилактике;
- объяснить причины возникновения тромбозов и перечислить меры их профилактики;
- объяснить причины возникновения и меры профилактики контрактуры суставов.

Введение

В данном разделе на первый план выдвигаются собственно вопросы, связанные с уходом за больным. Любой, кто осуществляет уход за больным, длительное время находящимся в постели, должен постоянно учитывать две точки зрения на больного: с одной стороны, меры по лечению основного заболевания, с другой стороны, меры, предупреждающие развитие других заболеваний. Внимательное выполнение этих мер особенно важно потому, что у больных, вынужденных длительное время оставаться в постели, возможно развитие различных осложнений и вторичных заболеваний. В связи с этим часто говорят об “опасности постельного режима”. Может случиться, что больной особенно серьезно страдает не от основного, а от вторичного заболевания, такого как пролежни, воспаление легких, тромбоз, контрактуры суставов.

Пролежни

Возникновение пролежней

Тело лежачего больного оказывает давление в основном на определенные места. Давление веса тела больного и противоположное давление матраца являются причиной уменьшения циркулирования крови в коже и мышцах. Из-за уменьшения циркуляции крови ткани тела получают недостаточное питания и в конце концов могут отмереть. Последствием этого является пролежень.

При положении больного на спине особенно сильному давлению подвергаются следующие места:

- задняя часть головы;
- лопатки;
- локти;
- края таза;
- копчик;
- пятки;
- пальцы ног.

При положении больного на боку особенно уязвимы мочки ушей, плечи, локти, край таза, колени, щиколотки. В принципе пролежень может возникнуть на любом месте, испытывающем давление и не защищенном мышцами в достаточной степени.

Возникновение пролежней особенно вероятно при наличии определенных условий:

- ограниченная подвижность больного (вследствие болей или наличия перевязок);
- сильное истощение;
- лишний вес;
- влажность кожи (потение, недержание мочи);
- некоторые основные заболевания (паралич, заболевания сосудов, диабет).



Рис. 64

Еще раз внимательно рассмотрите рисунок, изображающий больного, лежащего с приподнятым корпусом. Изучите возникновение повышенного давления на ягодицы больного и его последствия.

- Ягодицы лежат всем весом на матраце.
- Из-за этого возникает давление на матрац вниз.
- Из-за давления на матрац в нем возникает давление, направленное в противоположную сторону (вверх) и действующее на тело больного.
- Давление тела больного вниз и давление матраца вверх вызывают сжатие тканей тела и, следовательно, ухудшение циркуляции крови в соответствующем месте.

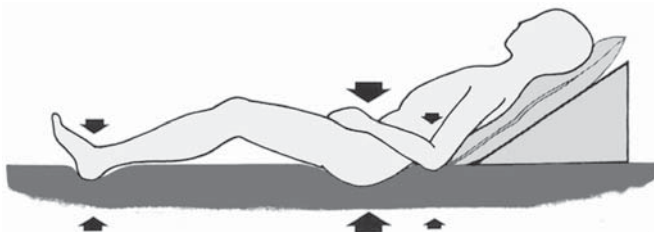


Рис. 65

Изменять положение больного

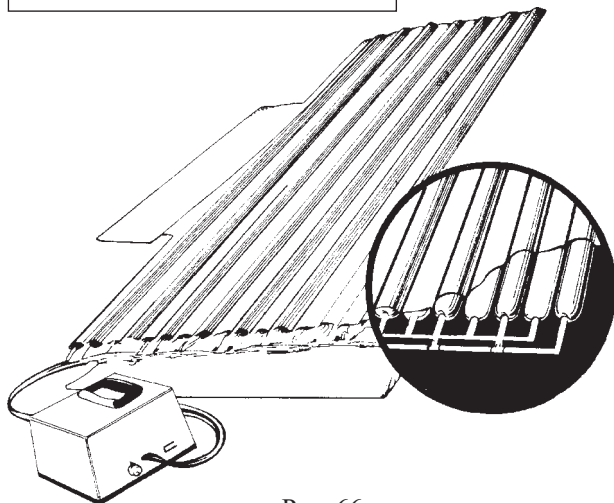


Рис. 66

Избегать складок и крошек

Предупредительные (профилактические) меры

Опасности возникновения пролежней можно противопоставить применение ряда профилактических мер.

Снижение давления

Прежде всего следует регулярно, в тяжелых случаях каждые два часа менять положение больного (на боку или на спине), по возможности придерживаясь следующего порядка:

- положение на боку (например, правом);
- положение на спине;
- положение на другом боку (левом);
- положение на спине и т.д.

Основным принципом, который следует соблюдать при укладывании больного, должно быть стремление снизить давление на уязвимые части тела больного. Для этого используются следующие вспомогательные средства: подушка с водой, подкладка из поролона, воздушные манжеты (фиксирующие положение пяток), искусственный мех. Для тех пациентов, у которых угроза возникновения пролежней особенно велика, рекомендуется использовать специальный, “антипролежневый” матрац.

Предотвращение появления кровоизлияний

Даже при нормальном положении больного на теле больного могут появиться кровоизлияния. Опасность их появления еще больше в случае наличия пуговиц, складок, швов или крошек на одежде и в постели больного. Возникновению раздражения кожи и кровоизлияний способствуют также расчески и трение (когда больного не поднимают, а тащат по постели). Поэтому при перестилании постели, смене постельного белья, приподнимании больного следует всегда проверять, правильно ли лежит больной и правильно ли его передвигают.

Тщательное мытье и вытирание

Энергичное втирание

Пища, богатая белками и витаминами

Интенсивный уход за кожей

Интенсивный уход за кожей необходимо осуществлять ежедневно, при необходимости (недержание мочи, потение) даже чаще. Такой уход стимулирует кровообращение, укрепляет кожу и повышает ее сопротивляемость. В понятие интенсивного ухода включается:

1. Тщательное мытье мест, подвергающихся наибольшей угрозе возникновения пролежней.
2. Тщательное вытирание.
3. В зависимости от состояния кожи также обработка соответствующих мест одеколоном или другими подобными средствами (противопролежневым аэрозолем).
4. При необходимости припудривание хорошо вытертой кожи.

Стимулирование кровообращения

Энергичное втирание одеколона или содержащих алкоголь веществ; обработка поочередно теплым и холодным феном.

Питание

Специально подобранное питание позволяет ввести в организм необходимые ему питательные вещества. Таким образом предотвращается истощение и повышается сопротивляемость организма.

- Пища должна содержать много белка и витаминов (творог, сыр, мясо, овощи). Такая пища содержит защищающий кожу витамин А, обеспечивающий клеточное дыхание витамин В и важный для обмена веществ и клеточного дыхания витамин С.
- Больной должен получать достаточное количество жидкости (фруктовые и овощные соки).

Заметьте:

Сухая кожа, активные движения, достаточный водный рацион и хорошее питание – основа профилактики возникновения пролежней.

Признаки заболевания

Даже при самом лучшем уходе может случиться, что у лежачего больного, к примеру, наутро появляются первые признаки пролежней. Даже на этой стадии следует немедленно сообщать лечащему врачу или медицинской сестре о возникновении покраснений или ссадин на коже. Уход за ранами зависит от места их появления. Появления пролежней можно избежать, если начать лечить места покраснения кожи немедленно после их появления. Если не обратить достаточного внимания на начало этого процесса, то он может чрезвычайно быстро привести к возникновению очень болезненного и затяжного вторичного заболевания. Его последующие стадии включают образование пузырей, открытых ран и распад тканей.

Проверьте информацию, представленную в изображенной здесь структурной схеме.

- Покраснение кожи
- При давлении краснота исчезает
- Пузыри (светлой окраски)
- Большие, плоские, вскрывающиеся нарывы
- Места образования пролежней становятся темными, выделяется коричневатый секрет, гной, происходит распад тканей

Отличительные признаки

Пролежень

Лечение

- Вызвать врача
- Точно выполнять рекомендации врача или районной медицинской сестры

- Истощенные больные
- Больные с нарушениями системы кровообращения
- Больные диабетом
- Парализованные больные

Больные, особенно подверженные возникновению пролежней

Места, где наиболее вероятно возникновение пролежней

Профилактика

- Ежедневный контроль за состоянием мест, подверженных угрозе возникновения пролежней
- Уход за кожей: тщательное мытье, аккуратное вытирание, растирание опасных мест, при необходимости похлопывание мокрым полотенцем. Частая смена положения больного. Гладкое, без складок застеление простыней, контроль за состоянием (сухостью) подкладок.
- Вспомогательные средства ухода: тальк, одеколон, одноразовые пеленки, противопролежневый аэрозоль
- Вспомогательные средства при укладывании больного: "антипролежневый матрас", подушка с водой, поролон, искусственный или естественный мех, подколленный валик, манжеты на пятки
- Полноценное питание

При положении на спине:

- задняя часть головы
- лопатки
- локти
- края таза
- копчик
- пятки
- пальцы ног

При положении на боку:

- мочки ушей
- плечи
- локти
- края таза
- колени
- щиколотки

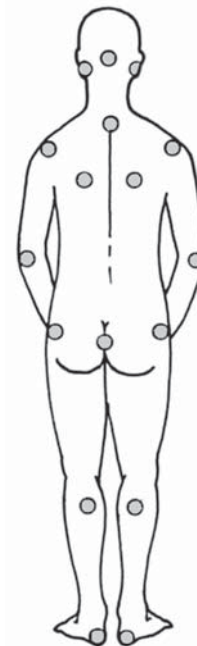


Рис. 67

Воспаление легких

Возникновение

При лежании в постели дыхание больного часто бывает недостаточно глубоким, что приводит к недостаточной вентиляции глубоких отделов легких. Такое недостаточное дыхание, свойственное лежачим больным, а также пожилым людям, ведет к накоплению слизи (секрета) в дыхательных путях и в легких и способствует инфицированию легочной ткани.

При домашнем уходе за больными, а также в больнице основное заболевание (например, бронхит или грипп) часто осложняется воспалением легких. Нередко может случиться, что лежачий больной умирает не от своего основного заболевания, а от сопутствующего ему воспаления легких.

Предупредительные меры (профилактика)

Существует ряд мер, позволяющих целенаправленно и эффективно предупреждать развитие этого осложнения. К числу таких мер относятся следующие:

- Несколько раз в день попросить больного целенаправленно **глубоко дышать**. Комната больного должна быть всегда **очень хорошо проветрена** (избегать сквозняков).
- Попросить больного **откашляться**, причем это должно осуществляться в **приподнятом положении** больного (спина и голова больного опираются на подушки).
- Поощрять больного **несколько раз** в течение дня **вставать** и по возможности также ходить (обратите внимание на точное выполнение поддерживающего захвата, см. главу 3, стр. 66 и далее).

- Больные, которые не могут ходить, должны по меньшей мере двигать ногами и руками (простейшая гимнастика).
- Втирать одеколон в кожу спины больного с целью стимулирования кровообращения. Ее воздействие может быть усилено, если **похлопывать** больного ладонью или полотенцем.
- Обратит внимание на то, чтобы **при сильном потении** больного **чаще менять** ему **нательное и постельное белье**. Белье должно быть легко согреваемым.

Признаки заболевания

Сиделка, ухаживающая за больным на дому, должна знать как можно больше признаков начинающегося воспаления легких. Только в этом случае она сможет своевременно и точно сообщить о них врачу. Такими признаками являются:

- слабость;
- сухие губы;
- поверхностное дыхание;
- сухой кашель;
- мокрота;
- колющая боль в груди;
- одышка;
- медленно развивающийся жар.

ЗАМЕТЬТЕ:

Если у больного появляются перечисленные признаки, то возникает подозрение в возникновении вторичного воспаления легких.

Немедленно сообщите об этом врачу!

При помощи этой структурной схемы вы можете еще раз повторить изученное вами в этом разделе.



Тромбозы

Течение крови по венам

Здоровый человек много раз в течение дня переходит от движения к состоянию покоя. В соответствии с этим происходит также ускорение и замедление тока крови. Работа и движение предотвращают замедление тока крови.

У больных людей, которые длительное время проводят в постели, такая естественная смена движения и покоя отсутствует. Покой и лежание в постели становятся их длительным состоянием. Последствием этого является то, что поток крови на длительное время замедляется.

Особенно важную роль играет обратный ток крови. Как вы уже знаете, кровь, наполненная шлаками, течет от клеток тела по венам к сердцу.

Здоровая вена

На рисунке 68 показан ток крови в здоровой вене. Как вы уже знаете, вена окружена несколькими слоями мышц, благодаря чему вена сохраняет свою форму, то есть:

- она натянута;
- клапаны вены могут полностью закрываться;
- таким образом они предупреждают обратный ток крови.

Расширенная (вследствие ослабления мышц) вена

У больного, который длительное время находится в постели и почти не двигается, мышцы, поддерживающие вену, постепенно ослабевают. Из-за этого вена теряет необходимую ей опору и изменяет форму, то есть:

- она растягивается, ее стенки, как правило, остаются при этом гладкими;
- венозные клапаны теперь не закрываются до конца;
- они не могут препятствовать обратному току крови;
- из-за этого может возникнуть застой крови.

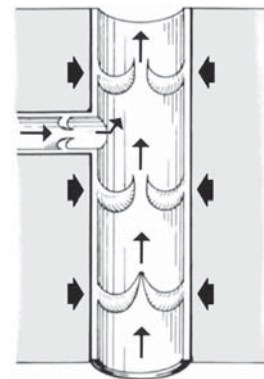


Рис. 68

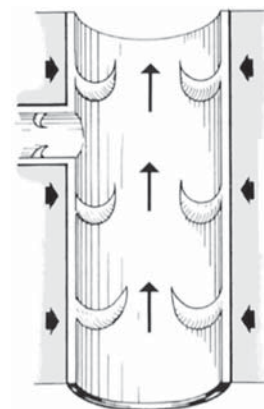


Рис. 69

Вена с узловатым расширением

Течение крови по расширенной вене может осложниться дополнительным ослаблением стенок самой вены. Это приводит к узловатому расширению вен, то есть:

- Течение крови не только замедляется, но и идет в противоположных направлениях (из-за наличия узлов);
- Становится возможным усиленное отложение шлаков;
- Это приводит к увеличению опасности воспаления стенок вены (воспаление вен).

ЗАМЕТЬТЕ:

Венозная кровь течет по венам от клеток тела к сердцу. У лежачих больных возникает опасность, что ток крови от клеток к сердцу может замедлиться. Особенно велика опасность в том случае, если вены ослаблены, растянуты или имеют узловатые расширения.

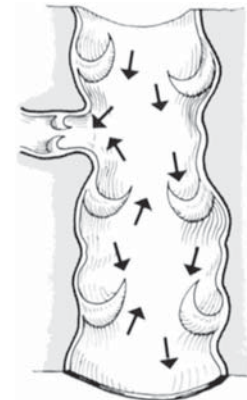


Рис. 70

Возникновение тромбоза

Из-за замедления тока крови и по другим причинам может возникнуть сгусток крови (тромб), см. рисунок 71. Тромбоз возникает из-за сгустка крови, прикрепленного к стенке вены.

Если тромб уносится потоком крови, то его называют эмбол. Если эмбол закрывает кровеносный сосуд, то мы говорим об эмболии, которая может приводить к смерти больного (например, обширная легочная эмболия).

Необходимо помнить, что длительное пребывание больного в постели приводит к возникновению опасности тромбоза. При уходе за больным дома необходимо сделать все, чтобы предупредить возникновение этого заболевания.

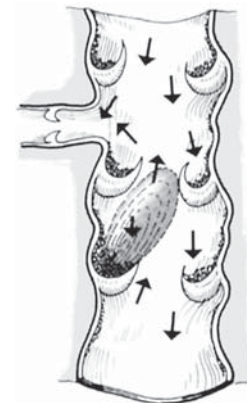


Рис. 71

Предупредительные (профилактические) меры

Возникновения тромбоза можно избежать, если своевременно принять ряд предупредительных мер. Ниже вы найдете обзор, в котором описываются условия возникновения тромбоза (первая колонка) и меры, которые противодействуют его возникновению (вторая колонка).

Внесите ваши предложения по предупреждению тромбоза в третью колонку.

I	II	III
<p>Вы узнали, что</p> <ul style="list-style-type: none"> ● у лежачего, малоподвижного больного сильно замедлено движение крови к сердцу; ● ток крови замедляется из-за ослабления и растяжения вены; ● может возникнуть застой крови; ● это может способствовать возникновению кровяного сгустка (тромба). 	<p>Поэтому необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ускорить движение крови; ● дать необходимую поддержку такой вене; ● предотвратить застой крови; ● предотвратить возникновение тромбоза. 	<p>Следует:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Проверьте правильность ваших ответов на следующей странице.

Ответ:

I	II	III
<p>Вы узнали, что</p> <ul style="list-style-type: none"> ● у лежачего, малоподвижного больного сильно замедлено движение крови к сердцу; ● ток крови замедляется из-за ослабления и растяжения вены; ● может возникнуть застой крови; ● это может способствовать возникновению кровяной пробки (тромба). 	<p>Поэтому необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ускорить движение крови; ● дать необходимую поддержку такой вене; ● предотвратить застой крови; ● предотвратить возникновение тромбоза. 	<p>Следует:</p> <p>позаботиться о том, чтобы больной двигался;</p> <p>наложить эластичную повязку;</p> <p>обеспечить приподнятое положение конечностей больного;</p> <p>позаботиться о том, чтобы больной двигался</p>

Следует последовательно применять меры, предупреждающие появление тромбоза и хорошо зарекомендовавшие себя на практике.

Тренировка мышц (изометрические упражнения)

Выполняются самостоятельно или при помощи сиделки (см. раздел 8)

Тренировка движений (изотонические упражнения)

Выполняются самостоятельно или при помощи сиделки (см. раздел 8); гимнастика делается строго по рекомендации врача!).

Массаж (щеткой)

Массаж ног (включая стопы) при помощи щетки; постоянно массировать тело по направлению к сердцу. Места, где предполагается воспаление вен, массировать нельзя.

Приподнятое положение

В основном рекомендуется приподнятое положение конечностей.

Поддерживающая повязка

К числу важнейших профилактических мер при заболеваниях ног относится применение эластичных бинтов. Как вы уже знаете, причиной возникновения такого рода заболеваний является расслабление стенок вен. С ним связано также расслабление венозных клапанов, что приводит к заметному замедлению тока крови к сердцу. Это, в свою очередь, часто влечет за собой застой крови в венах. Благодаря действию повязки на ногу объем вен уменьшается, благодаря чему восстанавливается нормальный ток крови в венах. Таким образом, повязка берет на себя те функции, которые в нормальном случае выполняет поддерживающая вены мускулатура.

Эластичные бинты

Поддерживающая повязка изготавливается из эластичных бинтов. Не следует применять хлопчатобумажные бинты, так как они не обладают необходимой эластичностью и в данном случае бесполезны.

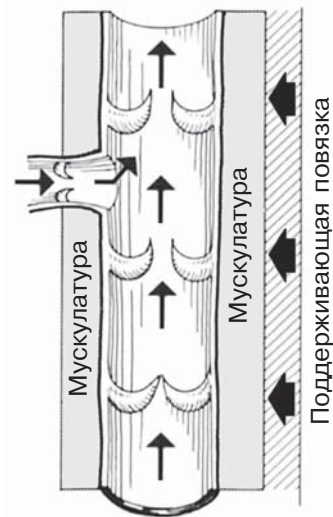


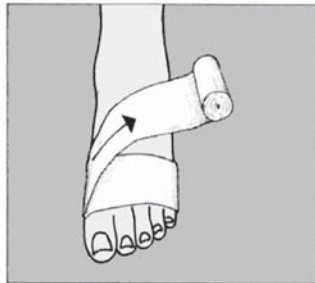
Рис. 72

ЗАМЕТЬТЕ:

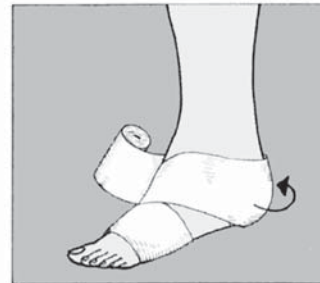
Техникой накладывания повязки может овладеть каждый, но при этом настоятельно рекомендуется воспользоваться консультацией профессиональных медицинских работников, например, на курсах домашнего ухода за больными.



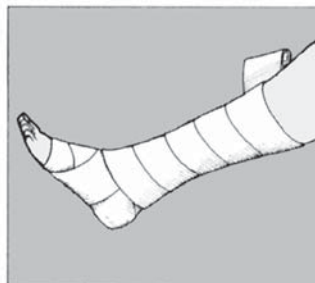
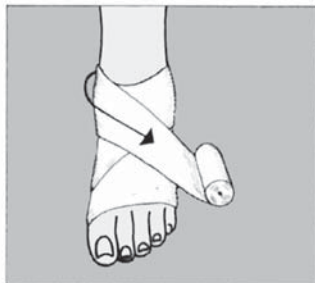
Начать у основания пальцев ног.



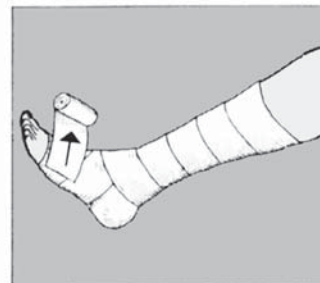
Очень важно обмотать пятку.



Обмотать бинтом в форме восьмерки.



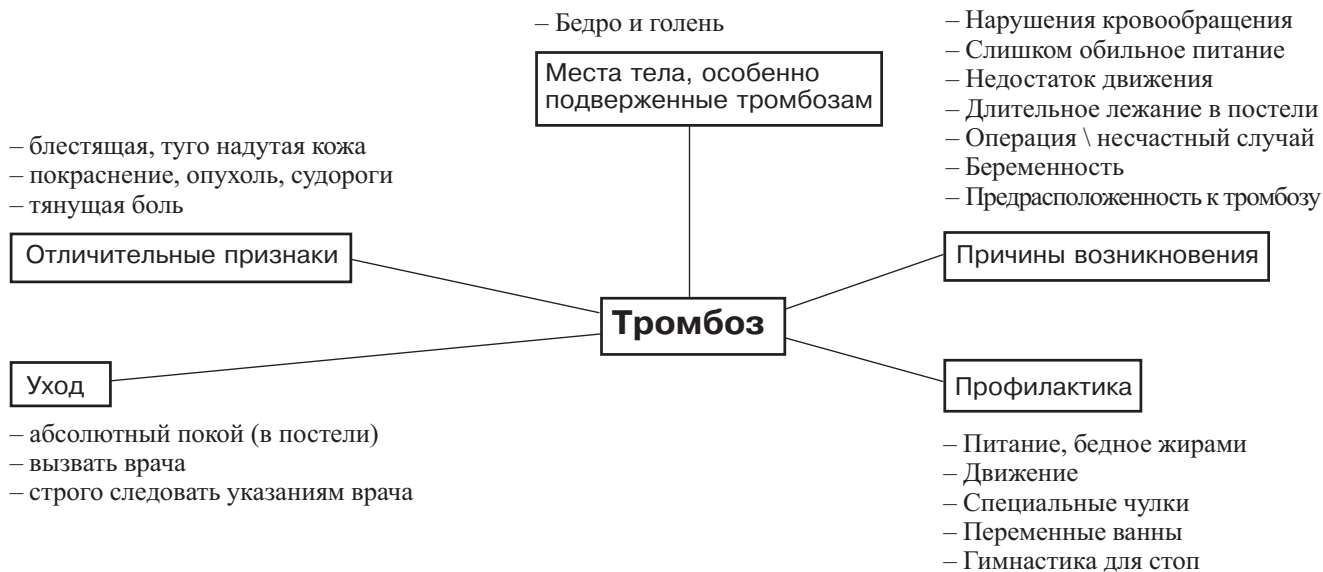
Винтообразное обматывание до коленного сустава.



Намотать второй бинт в противоположном направлении.

*По возможности обмотать ногу до уровня выше колена.

Рассмотрите приводимую здесь схему, обращая особое внимание на ее основные подразделения:



Контрактуры суставов

Возникновение

Для того чтобы понять причины возникновения контрактур (неподвижности) суставов, нужно хорошо представлять себе, как осуществляются движения конечностей человека.

Эти движения являются результатом взаимодействия мышц, связок и суставов. Задачей мышц является движение суставов. Мышцы работают в системе, включающей основное и противоположное движение. Так, если одна группа мышц сокращается, то другая группа при этом растягивается.

Сгибание локтевого сустава происходит в результате сокращения сгибательных мышц (бицепсов). Когда бицепс сжимается, разгибательная мышца (трицепс) растягивается.

При помощи рисунков 74 опишите противоположный процесс – разгибание локтевого сустава:

При разгибании локтевого сустава трицепс _____, а _____ сжимается.

Бицепс и трицепс являются парными мышцами и работают в системе “движение – противодвижение”.

Если взаимосвязь мышц постоянно не тренируется, то мышцы становятся функционально непригодными. При длительной непригодности мышц, например, при параличе, мышцы уменьшаются в размере. Из-за укорочения мышц ограничивается также движение суставов, что может в конце концов привести к полной неподвижности суставов.

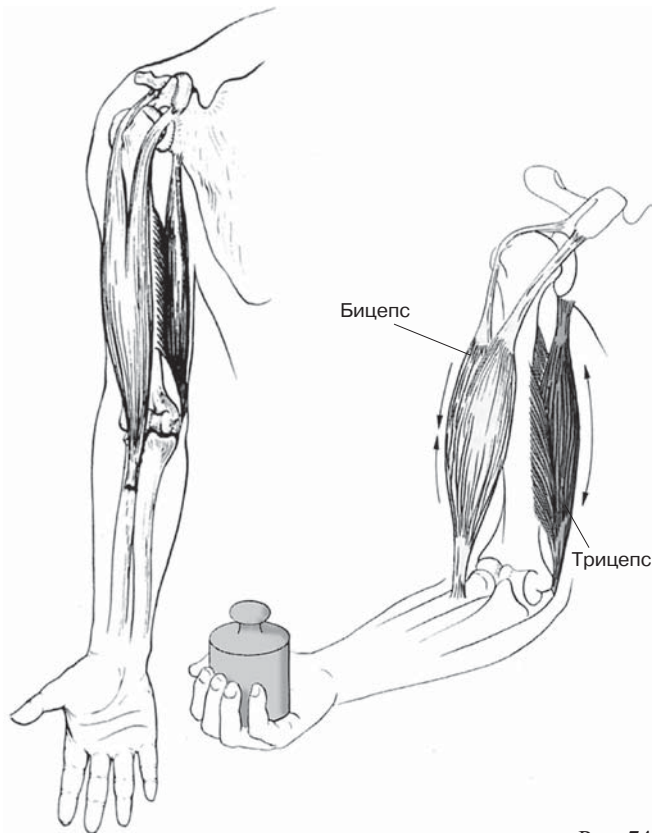


Рис. 74

В домашнем уходе за больным особенно важно знать о двух контрактурах:

1. Контрактура плечевого сустава.
2. Контрактура голеностопного сустава.

Опасность контрактуры суставов возникает во всех случаях, когда суставы длительное время находятся в состоянии покоя (например, в гипсе) или когда взаимодействие мышц частично или полностью нарушено в результате какого-либо заболевания (например, паралича).

- Пациент с односторонним параличом. Плечо и локоть парализованной руки неподвижны и беспомощны. Если не двигать плечевой сустав и не подпереть плечо при помощи подушки или мешочка с песком (см. раздел 2), то возникает опасность контрактуры плечевого сустава.
- Разновидностью контрактуры сустава является так называемая конская стопа, которая может возникнуть у лежачих больных в результате длительного давления одеяла на пальцы ног.

В этом случае также можно целенаправленно противостоять опасности контрактуры сустава ("конской стопы") при помощи вспомогательных средств. Обратитесь к разделу 2 и впишите в свободные строки используемые для этой цели вспомогательные средства:

1. _____
2. _____
3. _____

Опасность контрактур суставов возникает также в других ситуациях, связанных с ограничением движений (воспаления суставов, параличи, заболевания мышц и др.).

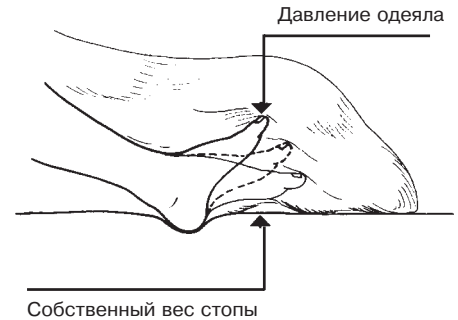


Рис. 75

Предупредительные (профилактические) меры

Как вы уже могли догадаться по двум приведенным выше примерам, существуют следующие профилактические средства:

Специальные вспомогательные средства (см. раздел 2)

Применение определенных способов укладывания больного

Плечевой сустав:	рука (лежащая на подушке) отставлена от тела под углом в 30 градусов.
Локтевой сустав:	угол между плечом и предплечьем составляет 80 градусов.
Кисть руки:	расположена тыльной стороной вверх.
Суставы пальцев:	пальцы обхватывают мячик или платок.
Колено:	ноги вытянуты; платок натянут поверх коленей.
Стопа:	используют ящичек для стоп, подвижные подставки для стоп (см. раздел 2).

Эти меры следует применять с большей или меньшей интенсивностью в зависимости от состояния больного. Целью этих мероприятий является поддержание всех мышц, суставов и связок больного, насколько это возможно, в функционально пригодном состоянии. Если контрактуры суставов уже возникли, то следует применять по назначению врача массаж или специальные тренировочные упражнения (их выполняет профессиональный медицинский работник).

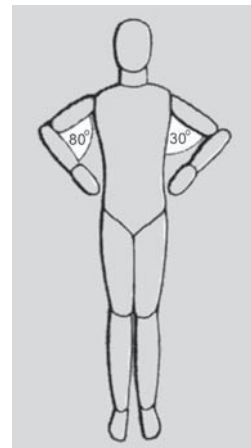
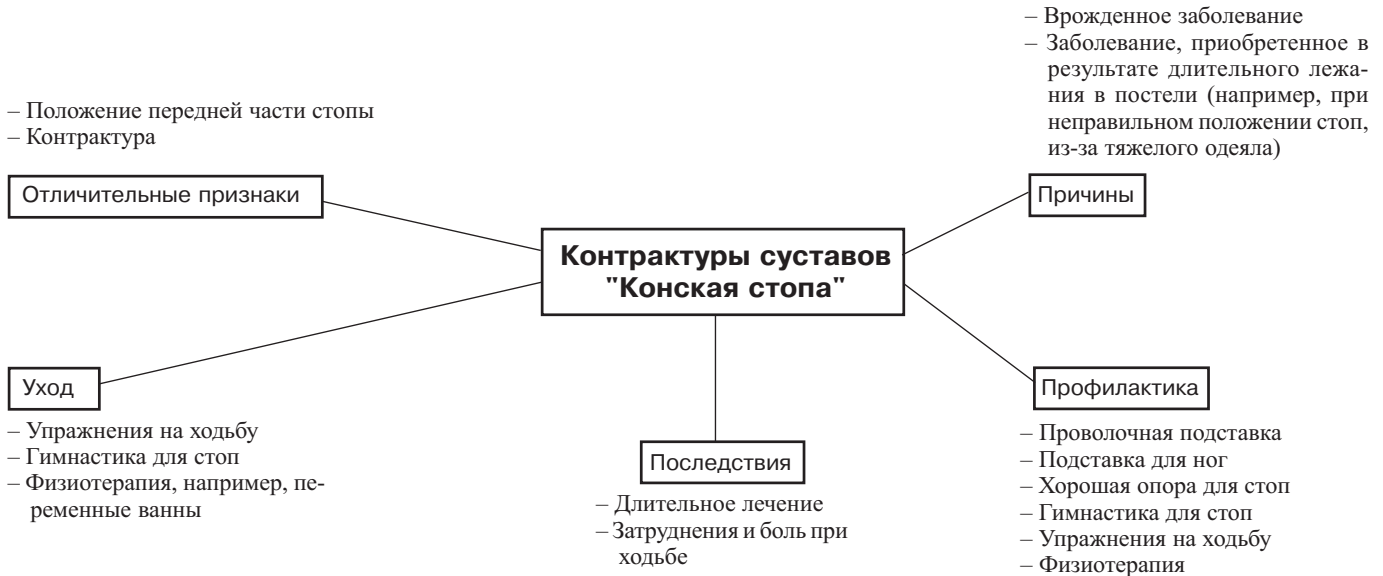


Рис. 76

Рассмотрите структурную схему, обращая особое внимание на основные пункты:



В этой главе вы изучили четыре опасности, которые влечет за собой длительное лежание в постели. Этим опасностям можно избежать, если своевременно принять необходимые профилактические меры.

Прочтите еще раз, какие профилактические меры необходимы для предупреждения пролежней, воспаления легких, тромбозов и контрактур суставов, и впишите здесь те меры, которые кажутся вам наиболее важными:

Осложнения

Профилактические меры

Пролежни

Воспаление легких

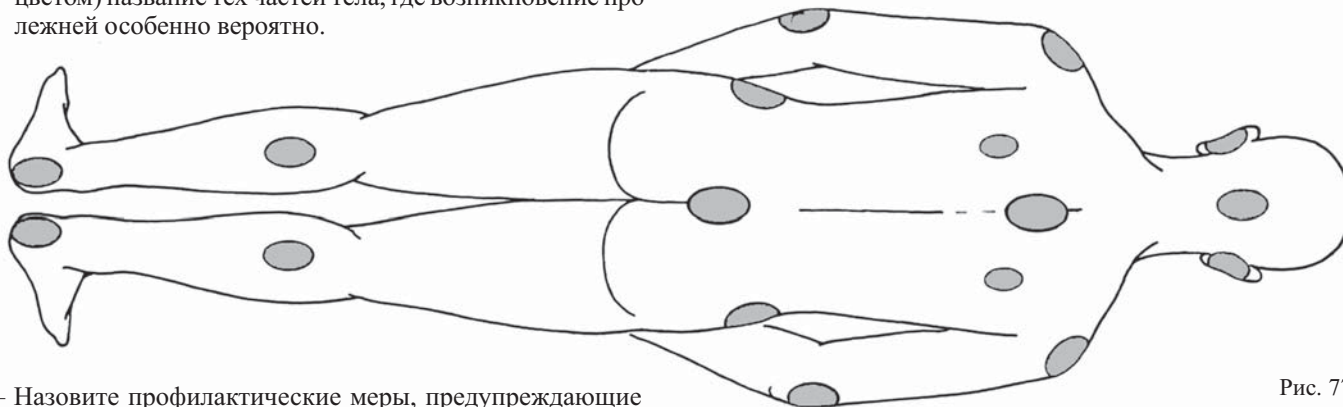
Тромбоз

Контрактуры суставов

Проверьте ваши знания:

1. Предупреждение возникновения пролежней (см. стр. 105 - 108)

- На рисунке 77 вы видите изображение больного сзади. Подпишите на рисунке (см. места, выделенные темным цветом) название тех частей тела, где возникновение пролежней особенно вероятно.



- Назовите профилактические меры, предупреждающие возникновение пролежней:

Рис. 77

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2. Предупреждение воспаления легких (см. стр. 109 - 110)

Проверьте информацию, представленную в изображенной здесь структурной схеме 29. Определите, какие данные в ней отсутствуют и заполните пустые места на схеме:



– Назовите типичные симптомы воспаления легких:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3. Предупреждение тромбозов (см. стр. 113 -117)

– Нанесите на рисунок 78, изображающий здоровую вену, больную вену и вену, защищенную эластичной повязкой, стрелки, показывающие направление движения крови.

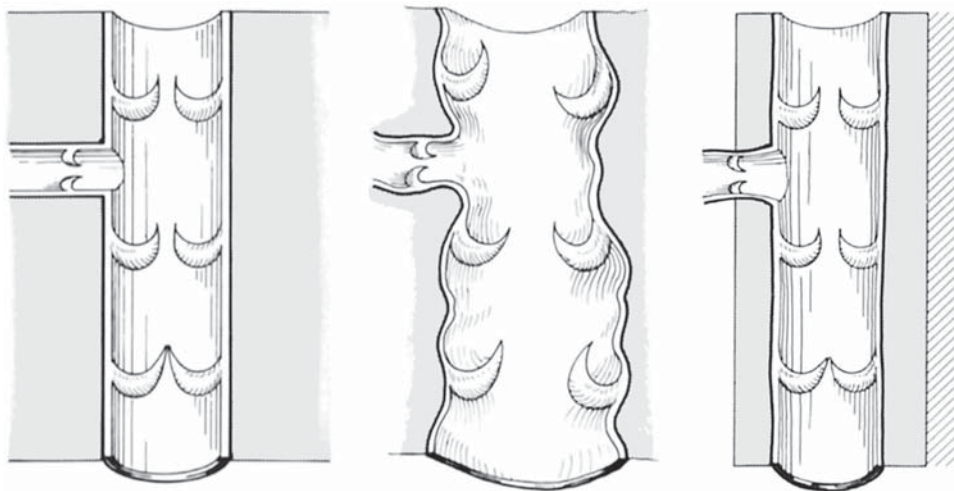
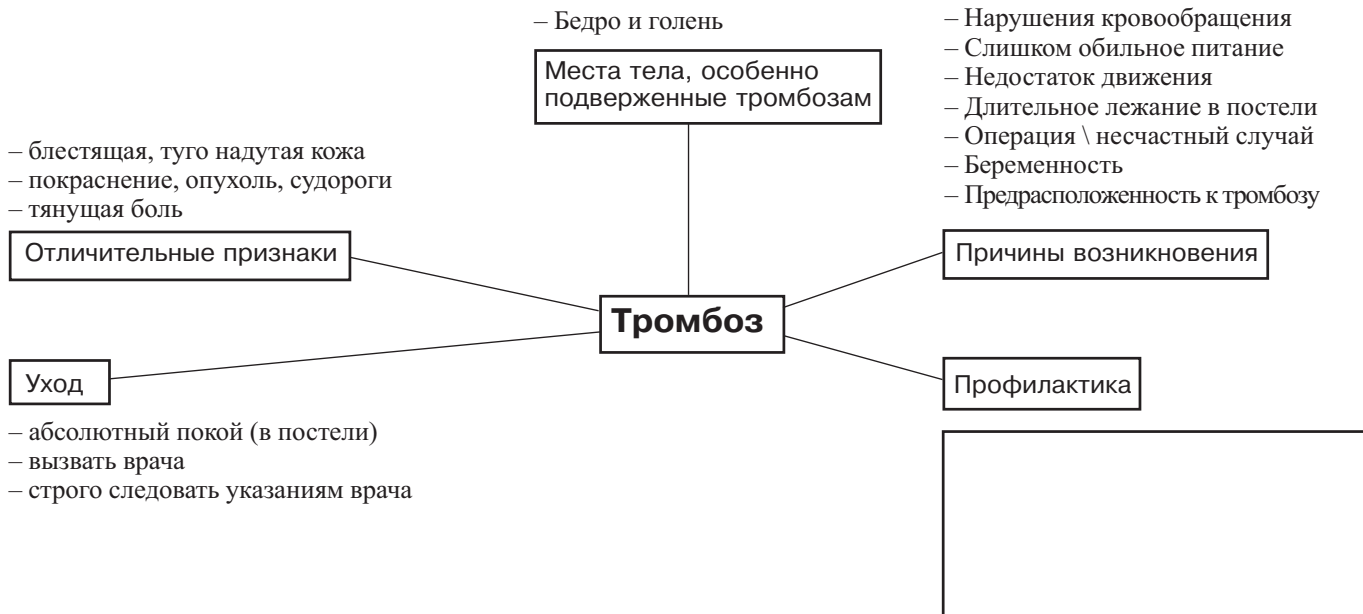


Рис. 78

Проверьте информацию, представленную в изображенной здесь структурной схеме. Определите, какие данные в ней отсутствуют и заполните пустые места на схеме:



4. Предупреждение контрактур суставов (см. стр. 120)

– Задача мышц – обеспечить движение суставов. Это происходит в системе “движение – противодвижение”.

Заполните пропуски в следующем тексте:

Сгибание локтевого сустава происходит в результате _____ сгибательных мышц. Когда бицепс сокращается,

мышца- разгибатель одновременно _____

При распрямлении локтевого сустава _____ сокращается, а _____ растягивается.

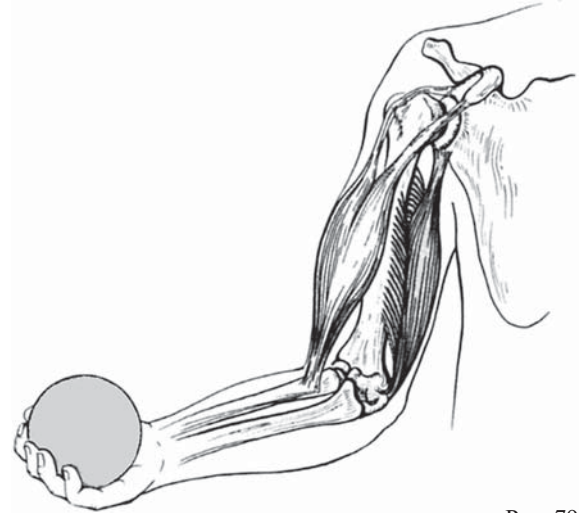
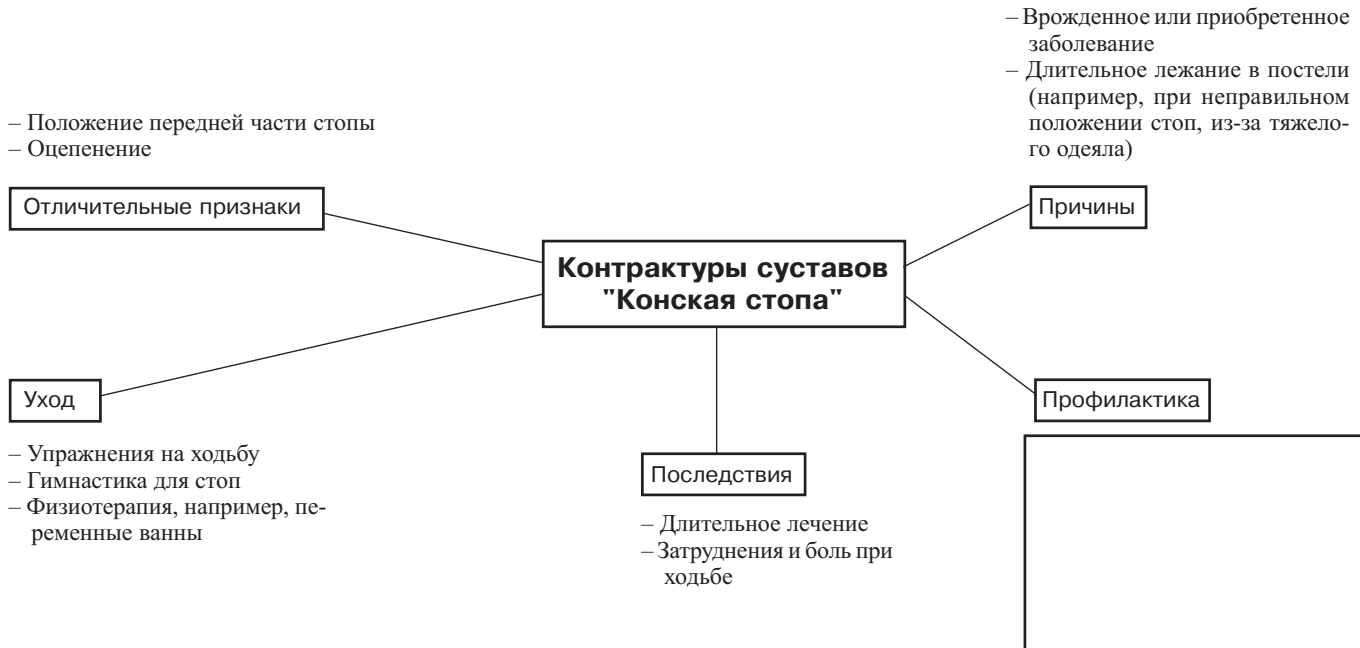


Рис. 79

Проверьте информацию, представленную в изображенной здесь структурной схеме 31. Определите, какие данные в ней отсутствуют и заполните пустые места на схеме:



7

Медикаменты и питание

Обращение
с медикаментами
Домашняя аптечка
Питание и кормление

Учебные задачи

Первая группа задач: Обращение с медикаментами

Для того чтобы правильно осуществлять уход за больным на дому, необходимо уметь:

- разбираться в указаниях по применению медикаментов;
- проверять годность медикаментов;
- объяснить опасность неправильного пользования медикаментами.

Вторая группа задач: домашняя аптечка

Для того чтобы правильно осуществлять уход за больным на дому, необходимо уметь:

- назвать основные правила хранения медикаментов;
- объяснить необходимость хорошей обозримости и надежности хранения медикаментов в домашней аптечке.

Третья группа задач: питание

Для того чтобы правильно осуществлять уход за больным на дому, необходимо уметь:

- знать основные характеристики пищи;
- назвать важнейшие питательные вещества, содержащиеся в продуктах растительного и животного происхождения;
- различать нормальное (общее) питание, щадящее питание и диету;
- выполнять все необходимые процедуры до, во время и после приема пищи больным;
- владеть основными приемами кормления;
- предусмотреть необходимость обращения к больному во время еды.

Обращение с медикаментами

В предыдущих разделах книги вы многое узнали о том, как можно помочь больному. Не забудьте об упражнениях, которые тренируют навыки, необходимые для практической помощи больному, например, для приподнимания и правильного укладывания пациента; подумайте также о том, как в различных сложных ситуациях вы могли бы действовать в соответствии с интересами больного, например, как вы можете помочь больному в беседе.

Все эти умения и навыки возможно являются элементарно необходимыми в уходе за больными. Во многих случаях, помимо этих навыков, от вас потребуются умение соблюдать различные предписания врача и правильно обращаться с медикаментами.

Прочтите приведенный здесь обзор и определите те действия, которые всегда должны производиться с участием врача, и те, для которых участие врача необходимо лишь в определенных обстоятельствах.

Действия лица, осуществляющего уход за больным

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. Взбить подушку | 8. Производить ежедневные гигиенические процедуры |
| 2. Наблюдать за выполнением назначений врача | 9. Применять вспомогательные средства при укладывании больного |
| 3. Сменить белье | 10. Приподнять больного и уложить его высоко в постели |
| 4. Перестелить постель | 11. Дать больному лекарство |
| 5. Приготовить средства ухода | 12. Выслушать больного |
| 6. Поставить диагноз | |
| 7. Наблюдать за симптомами заболевания | |
-

Упорядочите эти действия, вписав их номера (по данному списку) в две следующие колонки:

Участие врача лишь при необходимости

Участие врача необходимо всегда

Ответ:

Участие врача лишь при необходимости

1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12

Участие врача необходимо всегда

2, 6, 11

ЗАМЕТЬТЕ:

В обязанности сиделки входит выполнение многих процедур; в определенных случаях врач дает особые предписания. Назначение и дача лекарств в основном осуществляется только по предписанию врача. Исключением из этого правила являются некоторые сорта медицинского чая, которые можно давать больному и без назначения врача. Но и в этом случае желательна заочная консультация врача

Лекарственные растения

С давних пор известно большое количество лекарственных средств, действие которых основано на естественных активных веществах, содержащихся в лекарственных растениях. В настоящее время они находят широкое применение в форме специально приготовленного медицинского чая. В обзоре на следующей странице (табл. 25) дается список лекарственных растений, наиболее часто применяемых в домашнем уходе за больными, область их применения и дозировка.

Из сказанного выше, очевидно, что при даче лекарств необходимо уметь отличать натуральные лекарственные растения от искусственных медикаментов, являющихся продуктом медицинской промышленности.

Растение	Применение	Дозировка	Примечание
Мята	Противосудорожное, возбуждает аппетит, против тошноты	1-2 чайных ложки на чашку, залить кипятком, оставить на 10 минут	Хорошо добавлять в чай вместе с мелиссой, особенно полезен чай из свежих или замороженных листьев
Ромашка	Против спазмов желудка и кишечника, против расстройства желудка	2 чайных ложки высушенных цветков на чашку кипящей воды	Используется также для полоскания горла при воспалениях в горле
Корень валерианы	Нервозность, нарушения сна	Холодный настой: 2 чайных ложки измельченного корня на 1/4 литра воды, настаивать 12 часов; или 10 г корня на 1/4 литра кипящей воды (более крепкий настой)	Иногда следует предпочесть чаю валериановые капли, тем более если они имеются в наличии
Цвет бузины, цветы сирени	Жар, грипп, простудные заболевания	1 столовая ложка на 1/4 л воды, приготовить отвар, 1-2 чашки для потения	Ягоды бузины не имеют потогонного действия
Липовый цвет	Потогонное, при жаре	1 чайная ложка на 1/4 л кипящей воды, оставить на 10 мин.	Не более трех чашек в день
Дикая мальва	Кашель, бронхит, гастрит и колит	1 столовая ложка на 1 чашку, быстро приготовить отвар	Для полоскания взять двойную дозу растения
Мелисса	Успокаивающее, уменьшает спазмы при болях невротического характера в животе	1 чайная ложка с верхом на 1/4 л кипящей воды	Изготавливается смешанный чай мелиссы и мяты, особенно полезен чай из свежих или замороженных листьев
Полынь	Возбуждает аппетит, способствует образованию желчи, против запаха изо рта	2 чайные ложки на 1/4 л кипящей воды	Используется также для предупреждения насморка, хорош также при оказании первой помощи при заболеваниях желчного пузыря
Шалфей	Гастрит и колит, боль в горле	1 чайная ложка на 1/4 л кипящей воды, настаивать полчаса	При простуде, а также болезнях ротовой полости. Используется только для полоскания

Медикаменты

В прежние времена большинство лекарств изготавливались в аптеке из растительных и животных компонентов, например, в форме сиропов, пилюль или мазей. В настоящее время фармацевтическая промышленность производит огромное количество лекарственных средств, которые с трудом может запомнить даже врач или фармацевт. Они предлагаются в различных формах:

таблетки, драже, капсулы, свечи, микстуры, ампулы, сиропы, порошки, мази, пасты, гели.

Формы и внешний вид всех вышеназванных медикаментов вам, вероятно, уже знакомы. Вы знаете также, что неправильное пользование медикаментами включает как ошибочное применение определенного лекарства, так и сознательное злоупотребления. Указания по применению, которыми снабжает лекарство его изготовитель или фармацевт, к сожалению, не всегда выполняются больными и лицами, осуществляющими за ними уход.

Выполнение указаний по применению лекарств и соблюдение срока их годности

Пример 1. В указании по применению лекарства сказано, что драже следует глотать непрожеванным. Это делается для того, чтобы основное вещество драже начало действовать не в желудке, а только в тонком кишечнике. Это защитило бы вещество от действия желудочного сока, прежде чем оно начало бы свое воздействие на организм, находясь в кишечнике.

Пример 2. Врач указывает в рецепте точную дозировку лекарства: принимать по 3 капсулы 3 раза в день в течение 10

дней. В первое время пациент аккуратно принимает лекарство в указанной дозировке. Через несколько дней состояние пациента значительно улучшается. Он считает, что болезнь уже побеждена и прекращает прием лекарства. В действительности большая часть возбудителей болезни уже уничтожена с помощью лекарства. Но некоторые из них еще остаются. Если бы больной принимал лекарство и дальше, то были бы уничтожены все возбудители болезни. Но поскольку часть из них осталась и стала при этом невосприимчивой к действию данного лекарства, то в дальнейшем резистентные возбудители заболевания могут привести к новым болезням, которые на этот раз уже не поддадутся действию того же лекарственного средства.

Подобные примеры можно было бы привести и в связи с другими видами нарушения указаний по пользованию лекарствами. Чтобы не допускать такие случаи, следует строжайшим образом соблюдать и другие предписания врача, связанные со способом приема лекарств:

- указания о времени приема → натощак или после еды
- указания о частоте приема → 3 раза в день по одной таблетке
- указания о способе приема → с жидкостью или без нее, с большим или небольшим количеством жидкости; будьте осторожны с алкоголем!
- указания о сроке годности → обратите внимание на дату истечения срока годности, например: годен до 30.12.1998.

Приводим некоторые *признаки*, по которым можно попытаться определить, является ли определенное лекарственное средство годным к применению:

- Пластырь проверяют с точки зрения его клеящей способности, чистоты и эластичности.
- У драже и таблеток обратите внимание на царапины, трещины, пятна или распад из-за длительного хранения.
- Если мази пересохли или выступили из головки тюбика, они больше не годны к употреблению. То же самое, если они расслоились на составные части, что можно сразу увидеть, если выдавить немного мази на руку.
- Жидкими лекарствами нельзя пользоваться, если они частично разлились, испарились или содержат осадок в виде хлопьев.
- Нельзя пользоваться ножницами, английскими булавками и тому подобными предметами, если на них имеются пятна ржавчины. Нельзя употреблять загрязненные или запыленные перевязочные средства, хранить их следует всегда в закрытой упаковке.
- Изделия из резины годятся, лишь пока сохраняют свою эластичность.

Правильнее всего просматривать и проверять содержимое вашей аптечки два-три раза в год. Если у вас при этом возникнут какие-либо вопросы, вы можете проконсультироваться у вашего фармацевта.

ЗАМЕТЬТЕ:

Следует добросовестно выполнять указания по применению, сопровождающие лекарства, и предписания врача.

Злоупотребление лекарственными средствами

Хронический больной, длительное время страдающий от болей или бессонницы, подвергается опасности неконтролируемого и слишком частого приема болеутоляющих и снотворных средств. В задачи сиделки входит облегчить страдания больного с помощью медикаментов в соответствии с предписаниями врача и в то же время следить за тем, чтобы привычка к определенным лекарствам не вызвала у больного лекарственной зависимости или даже наркомании.

Многие болеутоляющие средства продаются без рецепта. Если они применяются в умеренных количествах и только тогда, когда они действительно необходимы, то против такого их применения нечего возразить. Но тот, кто привыкает хватать таблетку при каждом намеке на головную боль, тот, кто вместо посещения стоматолога идет в аптеку за болеутоляющим средством, вредит своему здоровью, наносит ущерб своему кошельку и подвергает себя опасности медикаментозной зависимости или наркомании.

Неконтролируемый прием снотворных средств также может повести к наркомании. Она чрезвычайно опасна, так как передозировка снотворных средств может привести к потере сознания и угрожать жизни пациента. Для некоторых снотворное становится необходимым благодаря своему так называемому парадоксальному действию: такие больные реагируют на их прием не повышением потребности в сне, а, напротив, повышенной бодростью, то есть используют снотворное как возбуждающее средство.

Злоупотребление лекарствами из-за своего широкого распространения стало в настоящее время серьезной проблемой для здоровья больших групп населения. Каждый из нас в отдельности должен попытаться бороться с ним: прежде чем принять какое-либо лекарство, спросите себя: “Действительно ли я нуждаюсь в этом? Имеет ли смысл бороться с возбуждением или краткими болями с помощью химических средств, решит ли это реальные проблемы?” Плохая привычка может иметь тяжелые последствия. То, что продается без рецепта, не всегда является абсолютно безопасным.

ЗАМЕТЬТЕ:

Часто люди при болях принимают одно из многочисленных лекарств, продающихся без рецепта. Безрецептурная продажа, однако, не означает полной безопасности лекарства. Такой прием медикаментов часто затрудняет или делает абсолютно невозможным своевременное распознавание реального заболевания.

Домашняя аптечка

Хранение медикаментов

Часто из-за отсутствия места или простой небрежности медикаменты хранятся в беспорядке.

Разбирая домашнюю аптечку, необходимо избавиться от всех пузырьков и облаток со стершимися и испачканными надписями, отобрав только те средства, на которых можно прочесть название и срок годности. Необходимо отделить просроченные лекарства и уничтожить их.

Правильное хранение медикаментов подразумевает:

- хранение всех медикаментов в безопасном месте;
- обозримое расположение всех медикаментов в месте их хранения;
- сухое помещение для хранения;
- хранение определенных медикаментов в холодном месте, например, в холодильнике (см. указания по применению).
- недоступность аптечки для детей.

Порядок и обзор

Домашняя аптечка должна, как правило, иметь три отделения:

- отделение первой помощи;
- запирающийся ящик для лекарств;
- ящик для средств ухода за больными.

Медикаменты, которые употребляются регулярно по нескольку раз в день, должны храниться в доступном месте. Средства ухода, которые занимают больше места, могут храниться в шкафу.

Доступность и безопасность

Домашняя аптечка должна быть легко доступной. Лучше всего для нее годится какое-либо сухое, прохладное место. Поэтому хранение аптечки в спальне правильнее, чем в ванной или на кухне. Приятно использовать для хранения аптечки симпатичный шкафчик из дерева или искусственного материала.

ЗАМЕТЬТЕ:

Лекарственные средства никогда не должны попадать в руки детей!

Содержимое аптечки

Хорошо оснащенная домашняя аптечка должна содержать (основной состав):

1. *Перевязочные средства для оказания первой помощи*

2 широких марлевых бинта

2 узких марлевых бинта

1 маленький индивидуальный пакет

2 средних индивидуальных пакета

1 большой индивидуальный пакет

1 рулон лейкопластыря

1 рулон ваты

несколько английских булавок

1 пинцет

1 ножницы для перевязок

2. *Лекарства и жидкости*

Противоожоговый гель

Средство для дезинфекции ран

Антисептический порошок для ран

Средства от поноса и запора

Средства от простудных заболеваний

Средства от боли в горле

Болеутоляющие средства, лучше всего, прописанные врачом

3. *Средства ухода за больными*

Термометр

Шпатель для рта

Резиновый напальчник

Слабое дезинфицирующее средство

Рис. 80



Питание

Углеводы, жиры и белки

Большинство людей едят хлеб, картофель, овощи, фрукты, а также масло и мясо. Человек, таким образом, получает питательные вещества от животных и растений, то есть его питание является смешанным. Такое питание содержит все вещества, необходимые для жизнедеятельности человека. С помощью химических исследований можно выделить отдельные питательные вещества:

- углеводы;
- жиры;
- белки.

Кроме того, человеку необходимы витамины, вода и минеральные вещества (соли).

Углеводы

К углеводам относятся: сахар, крахмал и целлюлоза. Они в основном содержатся в растительной пище, например, в хлебе, картофеле, мучных продуктах, а также во фруктах. Углеводы состоят их углерода, кислот и водорода.

Жиры

Различаются животные и растительные жиры. К животным жирам относятся молочный жир, масло, смалец, сало, жир, содержащийся в мясе и колбасных изделиях; к растительным жирам относятся пищевые масла из оливок, зерен подсолнечника, семени льна, кокосовых орехов.

Жиры также состоят из углерода, кислот и воды, но в другом соотношении. Они служат для поддержания тела в

хорошем состоянии и для его согревания. Жиры имеют очень высокую энергетическую ценность.

Белки

Белки также подразделяются на животные (содержащиеся в мясе, ветчине, яичном белке, молоке, твороге, сыре) и растительные (содержащиеся в муке, плодах бобовых культур и т.д.).

Животный белок является более полноценным, чем растительный и лучше усваивается человеческим организмом. Белки также содержат углерод, кислоту и воду, и, кроме того, азот и серу. Тело человека на 20% состоит из белков.

Основная суточная потребность человека, находящегося в состоянии покоя, составляет

400 г углеводов,

55 г жиров,

1-2 г белков на каждый килограмм веса, причем половина из них должны быть животного происхождения.

Сгорание – калорийная ценность

Большая часть потребляемой нами пищи, прежде всего углеводы и жиры, служит для выработки тепла в организме и выполнения физической работы. Поэтому питательные вещества оцениваются по их “теплоте сгорания”, или энергетической ценности, измеряемой в количестве единиц тепла (килокалорий), приходящихся на определенное количество питательного вещества.

Одна килокалория (1 Ккал) – это количество тепла, необходимое для повышения температуры 1 кг химически чистой воды на 1°, с 14° до 15° С.

Примеры: 1 г углеводов выделяет 4,1 Ккал
 1 г жиров – 9,3 Ккал
 1 г белка – 4,1 Ккал

Примеры показывают, что жиры имеют высокую энергетическую ценность. Они дают организму особенно много энергии.

Углеводы и жиры являются преимущественно веществами, предназначенными для сгорания и выработки энергии. Белки, напротив, служат для построения человеческого тела и выполняют постоянно изнашивающиеся ткани организма. Белки являются строительным материалом, который необходим для образования новых клеток, хрящей, ногтей, волос и кожи. Белки не могут быть заменены ни углеводами, ни жирами.

ЗАМЕТЬТЕ:

Человеческое тело нуждается

- в жирах и углеводах, выделяющих энергию при сгорании;
- в белках, являющихся строительным материалом для человеческого тела.

Энергетическая ценность этих трех поставщиков энергии измеряется в килокалориях (Ккал).

Витамины, минеральные вещества и вода

Питательная ценность продуктов определяется, однако, не только наличием в них определенного количества углеводов, жиров и белков, но и содержанием в них витаминов и минеральных веществ.

Витамины

Витамины не имеют питательной ценности и содержатся во многих продуктах в крайне незначительном количестве. Тем не менее они являются жизненно необходимыми для человеческого организма (*vita* по-латыни “жизнь”).

Важнейшими источниками витаминов являются:

свежие фрукты, свежие овощи, хлеб из неочищенных зерен, молоко, рыбий жир; для обогащения питания витаминами используются также ростки пшеницы (содержат витамин В), сок облепихи, сок шиповника, сок черной смородины, апельсиновый и грейпфрутовый сок (содержат витамин С).

Человеческий организм не может самостоятельно вырабатывать витамины (за исключением витамина D). Поэтому он должен получать витамины в составе продуктов питания или отдельно.

Минеральные вещества (соли)

Для формирования костей и зубов, для выработки крови и для деятельности органов человеческого тела необходимы также минеральные вещества. Они содержатся во многих продуктах животного и растительного происхождения и в достаточном количестве содержатся в нормальном, смешанном питании человека.

Табл. 26

Минеральные вещества не имеют энергетической ценности. Но они необходимы для строительства тела и для нормального хода всех жизненных процессов.

Вода

Вода – это главная составная часть всех клеток организма и всех его жидкостей (крови, пищеварительных соков). Она необходима также как растворитель и транспортное средство. Обычно организм нуждается в 2,5 л воды в день. Примерно 1 л воды содержится в принимаемой ежедневно пище, 1,2 л – в напитках. Остаток (0,3 л) образуется в ходе обмена веществ.

Составные части важнейших продуктов питания

Чтобы иметь всю необходимую информацию о составе важнейших продуктов питания, было определено содержание в них важнейших питательных веществ. Таблица № 26 дает информацию о количестве питательных веществ в 100 г каждого продукта (в г), их энергетической ценности (в Ккал) и наличии в данном продукте витаминов.

Из 100 г. продукта организм получает	Питательные вещества (г) Калории (Ккал)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	Витамины				
		100	200	300	400	500	600	700	800	900	А	В _к	С	Д	Е
Растительное происхождение	Неочищ. пшеничная мука	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Очищ. пшеничная мука	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Белый хлеб	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Хлеб с отрубями	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Плоды бобовых	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Картофель	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Морковь	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Свежая капуста	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Шпинат, салат	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Кислая капуста	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Яблоки, груши	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Помидоры	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Животное происхождение	Цельное молоко	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Масло	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Сыр полужирный	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Яйца	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Ливерная колбаса	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Нежирная говядина	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Жирная свинина	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Нежирная свинина	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Пикша, треска	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Сельдь	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Ветчина копченая	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Колбаса типа сервелат	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Искусств. изгот.	Солёное сало	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Свиной жир	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Маргарин	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Рафинир. кокосовое масло	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Сахар	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Белки ■ Жиры ■ Углеводы ■ Вода ■ Соли и неперерабатываемые отходы ■ Калории
 ■ Высокое содержание витамина ■ Среднее содержание витамина ■ Низкое содержание витамина □ Отсутствие витамина

Табл. 27

Продукты	100 г пшеничной муки содержат:	100 г плодов бобовых культур	100 г масла	100 г нежирной говядины
Питательные вещества				
Белки	12 г	_____ г	_____ г	_____ г
Жиры	2,5 г	_____ г	_____ г	_____ г
Углеводы	67,5	_____ г	_____ г	_____ г
Вода	11 г	_____ г	_____ г	_____ г
Соли и отходы	7 г	_____ г	_____ г	_____ г
	100 г	100 г	100 г	100 г
Витамины				
А	х	_____	_____	_____
В (комплекс)	х	_____	_____	_____
С	-	_____	_____	_____
Д	х	_____	_____	_____
Е	х	_____	_____	_____
Калории	360 Ккал	Ккал	Ккал	Ккал

Пользуясь таблицей 26 на стр.139, определите состав 100 г плодов бобовых культур, масла и нежирной говядины так, как это уже сделано в таблице для пшеничной муки.

- Внесите в верхнюю часть таблицы найденные вами значения в г.
- отметьте крестиками наличие в продуктах каждого витамина!

Сравните ваши ответы с ответом на следующей странице.

Ответ:

Табл. 28

Продукты	100 г плодов бобовых культур	100 г масла	100 г нежирной говядины
Питательные вещества			
Белки	14 г	2 г	19 г
Жиры	3 г	80 г	2 г
Углеводы	44 г	— г	— г
Вода	12 г	10 г	75 г
Соли и отходы	27 г	8 г	4 г
	100 г	100 г	100 г
Витамины			
А	х	х	х
В (комплекс)	х	х	х
С	х	-	х
Д	-	х	-
Е	х	х	х
Калории	280 Ккал	780 Ккал	130 Ккал

Основные правила рационального питания

- Ограничивать количество потребляемой пищи и всячески избегать переедания.
- Ежедневное потребление жиров не должно превышать 80 г. Отдавать предпочтение высококачественным растительным жирам.
- Ежедневно потреблять достаточное количество белка, преимущественно в форме молока и обезжиренного творога.
- Включить в состав питания достаточное количество фруктовых соков, салатов и овощей. Обеспечить необходимое потребление витаминов, включив в рацион ростки пшеницы, дрожжи и богатые витамином С фруктовые соки.

Питание больных и пожилых людей

Потребление энергии

Вы уже знаете, что для всех процессов жизнедеятельности необходима энергия. Каждый человек потребляет ежедневно некоторое количество калорий. Так, домашняя хозяйка, работающая по дому и в саду, затрачивает примерно 2500 Ккал в день. Человек, не занятый физическим трудом (в том числе больной и пожилой человек), потребляет около 2000 Ккал в день.

Даже при полном покое, например, у лежачего больного, происходят определенные энергозатраты:

- на поддержание температуры тела на уровне примерно 37°C;
- на дыхание и сердечную деятельность;
- на пищеварение и обмен веществ;
- на работу клеток, которая продолжается, даже когда человек спит.

Потребление энергии организмом, находящимся в полном покое, это основная энергетическая потребность организма. Она зависит прежде всего от температуры окружающей среды, роста, возраста и веса человека. В среднем она составляет 1500 ккал в сутки.

Нормальное, щадящее и диетическое питание

При приготовлении пищи выделяются три типа питания: нормальное, щадящее и диетическое.

Нормальное питание

Нормальное питание включает широкий ассортимент блюд и способов приготовления пищи. Оно предназначе-

но для всех членов семьи и не требует приготовления отдельной пищи для больного.

Щадящее питание

Многим больным необходимо легкоусвояемое питание, поскольку некоторые виды пищи вызывают у них определенные проблемы, например, метеоризм, тяжесть и давление в желудке. Ниже перечисляются плохо перевариваемые блюда, которых следует избегать:

Мясо:	свинина, баранина, жирная говядина
Рыба:	угорь, лосось, копченая и маринованная рыба
Яйца:	яйца, сваренные вкрутую
Жиры:	смалец, сало, растительное масло
Фрукты:	сырые косточковые плоды, виноград
Овощи:	зелень, капуста, бобовые, грибы, жареный картофель, редис
Приправы:	черный перец, паприка, пеперони
Напитки:	алкогольные напитки (водка)

Щадящее питание может быть направлено на защиту определенных органов человека и их функционирования. Например, человек, имеющий повышенную кислотность желудка, должен избегать панированных и жареных блюд, а также острых супов и соусов. Ему не следует также употреблять острые блюда и приправы, острые сыры, лимоны, алкоголь, натуральный кофе и тому подобное.

Диетическое питание

Диета, являющаяся важным лечебным средством, как правило, определяется врачом. Только врач понимает сложную взаимосвязь химических процессов в организме и взаимодействие

его органов. Составление диеты (составление плана диетического питания) должно осуществляться только профессионально подготовленными специалистами (например, диетологом, медицинской сестрой). Готовить пищу по этому плану может домашняя хозяйка.

Для того, чтобы диета была эффективной, ее следует проводить целенаправленно, последовательно и выдерживать длительное время.

К сожалению, в наше время под диетой часто понимают крайне однообразное питание и неприятное для больного сокращение числа приемов пищи. Больной часто теряет интерес к диете и желание ее выполнять из-за того, что знает только о том, чего ему нельзя есть, не получая никакой информации о том, что же ему все-таки можно и о том, как можно вкусно приготовить диетические блюда.

Приготовление пищи

При приготовлении пищи необходимо соблюдать следующие рекомендации:

“К каждому приему пищи следует давать свежие продукты. Особенно рекомендуются пикантные овощные соки и легкоусвояемые салаты.

Для приготовления салатов и блюд из сырых продуктов использовать прежде всего натуральные растительные масла.

Овощи тушить в растительном масле и подавать на стол, как только они будут готовы. Время от времени ратинировать (запекать) овощные блюда с сыром.

Если на стол не подается мясо или рыба, то следует добавить в меню блюда из творога (так как организм необходимо обеспечить белками).

Если подается мясо или рыба, то их лучше всего сварить или поджарить на решетке. Лучше всего подавать мясо не с соусом, а с салатом.

В молочно-фруктовые напитки можно добавлять творог (приготовить в миксере), чтобы увеличить количество получаемого белка.

Блюда из грубых сырых продуктов, хлеб из неочищенных зерен, волокнистые сорта овощей можно давать только в том случае, если больной может их тщательно пережевать и если они не вызывают у больного метеоризма и тяжести в желудке (в противном случае они могут повлиять на функции сердца и кровообращение).

Пожилые люди, которые не в состоянии тщательно пережевывать все виды пищи и имеют определенные сложности с пищеварением, должны получать неочищенные продукты только в самой удобной, легкой для усвоения форме, например, легкоусвояемые неочищенные овсяные хлопья, размешанные в молоке или фруктовом соке, хлебцы из муки грубого помола, хрустящие хлебцы из муки грубого помола и наиболее легкие сорта обычного хлеба из такой муки.

Фрукты и фруктовые соки, к которым чувствителен больной (из-за их часто кисловатого вкуса), можно соединить с творогом или с молоком, приготовив фруктово-творожные блюда или молочно-фруктовые напитки. Фруктовые соки можно обогащать отваром овса или льняного семени.”

При щадящем и диетическом питании необходим индивидуальный подход к больному и приятный для него порядок приемов пищи.

Подумайте о том, что

- большой “ест глазами”;
- ему необходимо разнообразное питание;
- приходится преодолевать отсутствие у больного аппетита;
- важную роль могут играть время приема пищи и количество пищи, предлагаемой в каждый прием.

Обратите внимание на

- соответствующее оформление пищи;
- богатый выбор блюд;
- обращение к больному и поощрение его;
- более частый прием пищи при меньших ее разовых порциях.

Действия сиделки перед, во время и после приема пищи больным

Перед приемом пищи следует выполнить следующие приготовления:

- Подготовка сиделки:
 - проверить чистоту одежды (свежий фартук);
 - вымыть руки;
 - иметь спокойный вид.
- Подготовка больного и комнаты:
 - посадить больного и вымыть ему руки;
 - приготовить тумбочку;
 - постелить салфетку;
 - положить на место лекарства.
- Подготовка еды на подносе:
 - выбрать нужную посуду;
 - положить нужные столовые приборы;

если еда подается в тарелках, она не должна лежать в тарелке горой;
при необходимости приготовить подогреваемые тарелки.

Во время еды и сразу после нее следует соблюдать следующие правила:

- Действия сиделки:
 - как правило, класть пищу на тарелки так, чтобы это видел больной;
 - если это необходимо, измельчить пищу (порезать мясо, разломать рыбу на кусочки);
 - пожелать больному приятного аппетита;
 - во время еды предложить напитки.
- Общие правила:
 - учитывать индивидуальные привычки больного;
 - уделить ему достаточно времени;
 - избегать впечатления “кормления” больного (у тяжелых больных), по возможности поощрять самостоятельность больного.

После еды обратите внимание на следующее:

- не слишком торопитесь убирать посуду;
- вымойте руки, и, если нужно, лицо больного;
- уложите больного удобно;
- уберите и проветрите комнату.

ЗАМЕЬТЕ:

Еда играет важную роль для больного, поскольку для многих больных это единственное нарушение монотонного хода их жизни.

Проверьте ваши знания

1. Обращение с медикаментами (стр. 130 - 134)

– назовите признаки, по которым можно определить, является ли тот или иной медикамент пригодным к употреблению.

– Какие основные правила вы должны соблюдать при хранении медикаментов?

2. Домашняя аптечка (стр. 135-136)

– Определите место в аптечке каждого из перечисленных ниже медикаментов, вписав его номер в нужном месте на рисунке.
– впишите в пустые клетки рисунка четыре главных принципа, которые необходимо соблюдать при пользовании домашней аптечкой.

1. Индивидуальный перевязочный пакет
2. Средства от простудных заболеваний
3. Слабые дезинфицирующие средства
4. Термометр
5. Ножницы для перевязок
6. Антисептический порошок для ран
7. Рулон лейкопластыря
8. Номера телефонов (врач, скорая помощь, патронажная сестра)
9. Противоожоговый гель
10. Перечень содержимого аптечки

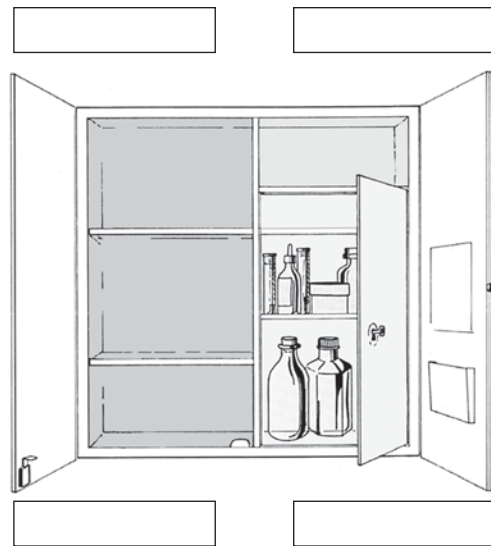


Рис. 81

3. Питание (см. стр. 137 - 141)

Определите состав 100 г картофеля, сыра и копченой ветчины при помощи таблицы 29.

Табл. 29

Продукты	100 г картофеля	100 г сыра (полужирного)	100 г копченой ветчины
Питательные вещества			
Белки	_____ г	_____ г	_____ г
Жиры	_____ г	_____ г	_____ г
Углеводы	_____ г	_____ г	_____ г
Вода	_____ г	_____ г	_____ г
Соли и отходы	_____ г	_____ г	_____ г
	100 г	100 г	100 г
Витамины			
А	_____	_____	_____
В (комплекс)	_____	_____	_____
С	_____	_____	_____
Д	_____	_____	_____
Е	_____	_____	_____
Калории	Ккал	Ккал	Ккал

Из 100 г. продукта организм получает	Питательные вещества (г) Калории (Ккал)											Витамины				
		10 100	20 200	30 300	40 400	50 500	60 600	70 700	80 800	90 900	А	В _к	С	Д	Е	
Растительное происхождение	Неочищ. пшеничная мука	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Очищ. пшеничная мука	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Белый хлеб	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Хлеб с отрубями	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Плоды бобовых	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Картофель	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Морковь	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Свежая капуста	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Шпинат, салат	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Кислая капуста	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Яблоки, груши	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Помидоры	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
Животное происхождение	Цельное молоко	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Масло	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Сыр полужирный	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Яйца	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Ливерная колбаса	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Нежирная говядина	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Жирная свинина	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Нежирная свинина	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Пикша, треска	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Сельдь	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Ветчина копченая	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Колбаса типа сервелат	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
Искусств. изгот.	Мargarин	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Рафинир. кокосовое масло	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
	Сахар	[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]
		[Bar]										[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]	[Bar]

4. Питание пожилых и больных людей (стр.142 - 143)

– Закончите следующее предложение: Энергозатраты организма, находящегося в полном покое,

называются _____

Они зависят от температуры окружающей среды, роста человека,

его _____ и

_____. Они составляют

примерно _____ Ккал в сутки.

– Назовите трудно перевариваемые продукты питания:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Как вы будете реагировать на следующие пожелания больного? (см. стр.144)

1. Больной хочет “есть глазами” (то есть хочет, чтобы пища была приготовлена красиво):

2. Больной ожидает, что пища будет разнообразной:

3. Вам необходимо преодолеть отсутствие аппетита у больного:

4. Вам нужно учесть время приема пищи и объем пищи в каждый прием:

Во время и непосредственно после еды вы учитываете следующие правила (см. стр. 144):

Ваши действия:

1.

2.

3.

4.

Общие принципы:

1.

2.

3.

4.

8

Тренировка мышц у лежачих больных

Изометрические упражнения для лежачих больных

Изометрическая программа тренировок

Учебные задачи

Для того, чтобы правильно осуществлять уход за больным, необходимо уметь:

- на основании собственного опыта различать изометрические и изотонические упражнения;
- объяснять, как можно сохранить мышечную силу лежачего больного;
- обосновать необходимость проведения изометрических упражнений;
- научить больного самостоятельно выполнять упражнения, необходимые для поддержания его мышечных сил, и руководить им при их выполнении;
- вместе с больным сознательно применять те или иные виды упражнений;
- учитывать, что целенаправленная тренировка определенных групп мышц, не получающих нагрузки, может благотворно сказаться на общем состоянии организма больного, вынужденного длительное время оставаться в постели.

Изометрические упражнения для лежачих больных

Профилактическая роль упражнений

В разделе 6, рассматривая контрактуры суставов (стр.118), вы узнали, что мускулы работают по принципу “движение – противодвижение”, то есть в то время как одна группа мышц сжимается, другая растягивается.

Если эта сочетанная работа мышц длительное время не совершается, то группы мышц становятся функционально непригодными. Длительная бездеятельность мышц, например, из-за постельного режима или гипсовой повязки, приводит к их атрофии, при которой уменьшаются масса и функциональные возможности мышц. Если мускулы не двигаются и не тренируются, тонус (напряжение) мышц ухудшается, они становятся тоньше и слабее. Конечности уменьшаются в объеме, их кровоснабжение ухудшается. Организм человека становится слабым, что замедляет восстановление сил организма после перенесенного заболевания, а при хронической болезни приводит к прогрессирующей слабости и беспомощности,

развитию депрессии. В задачи ухода за больным входит, таким образом, предупреждение такого ослабления больного: целенаправленная и многосторонняя тренировка с использованием изометрических упражнений поддерживает определенные группы мышц в рабочем состоянии, в то же время не приводя к перенапряжению больного. В этой группе упражнений совместное действие мышц происходит в результате преодоления сопротивления.

Опыты на сравнение

Опыт 1

Подсчитайте свой пульс в течение 15 секунд (см.стр.82).

Положите ладони на боковые стороны вашего стула.

Попытайтесь как можно сильнее сжать стул ладонями.

Подумайте, о чем говорят ваши наблюдения и какие выводы можно сделать. Запишите ваш ответ:

Опыт 2

Подсчитайте свой пульс в течение 15 секунд.

Трижды поднимитесь на стул и сойдите с него.

Снова измерьте пульс и сравните полученный результат с пульсом до выполнения упражнения.

Ответ:

Опыт 1

При сжимании стула ладонями

- не выполняется никаких движений
- напрягаются определенные группы мышц
- ощущается сопротивление

Опыт 2

В отличие от первого опыта в этом

- выполняются движения
- сердечная деятельность ускоряется, дыхание активизируется, суставы и связки подвергаются нагрузке

Если вы еще раз проделаете эти опыты, обращая особое внимание на дыхание и пульс, вы сможете прийти к следующим выводам:

Опыт 1

Давление, преодоление сопротивления, движения нет, нормальная дыхательная активность, нормальный пульс, нет нагрузки на сердечно-сосудистую систему, “пассивная активность”.

Опыт 2

Давление, преодоление сопротивления в движении, повышенная активность, учащенный пульс, нагрузка на сердечно-сосудистую систему, нагрузка на опорно-двигательный аппарат.

ЗАМЕТЬТЕ:

Упражнения, характеризующиеся этими свойствами, называются изометрическими.

ЗАМЕТЬТЕ:

Упражнения, характеризующиеся этими свойствами, называются изотоническими.

Доктор медицины Х. Купер, специалист по спортивной медицине и тренер астронавтов, в своей широко рекомендуемой книге “Тренировка движений” (Франкфурт, 1970) подтверждает важное значение изометрических упражнений для тренировки мышц у лежачих больных: “Главная ценность изометрики по-прежнему заключается в том, что она способна предупреждать атрофию мышц у лежачих больных”. Он указывает также на то, что изометрические упражнения увеличивают объем и силу определенных групп скелетных мышц, не подвергая при этом нагрузке легкие и сердечно-сосудистую систему.

Для нас отсутствие нагрузки на сердце, легкие и кровообращение дает еще одно важное преимущество: это означает, что с большинством лежащих больных можно проводить щадящие упражнения на мышцы без указаний врача.

При выполнении этих упражнений важно, чтобы сиделка поддерживала пациента и руководила его действиями, чтобы все упражнения выполнялись точно. Упражнения, однажды полностью освоенные больным, он в дальнейшем по возможности может выполнять самостоятельно.

В дальнейшем вы при помощи текста и иллюстраций сможете изучить и практически освоить отдельные упражнения, с тем чтобы позднее вы могли руководить больными при их выполнении.

Основная информация об упражнениях

Для каждого упражнения действуют правила, сформулированные проф. мед. Т. Хеттингером в его книге “Как сохранить физическую форму. Повседневная изометрическая тренировка мускулов” (5-е изд. Изд-во Тиме, Штутгарт):

1. Отдельные группы мышц при преодолении соответствующего сопротивления должны максимально напрягаться, и это напряжение должно сохраняться в течение 2-3 сек.
2. Напряжение мышц никогда не должно осуществляться рывком. Напряжение должно нарастать постепенно.
3. При напряжении мускулов не должно происходить никаких движений. Сопротивление должно быть достаточно большим, чтобы помешать всякому движению.
4. Во время выполнения упражнений не следует задерживать дыхание. Для выполнения упражнений на отдельные группы мышц вполне достаточно нормального дыхания.
5. После выполнения каждого упражнения следует сделать короткую паузу (несколько секунд). Отдельное упражнение практически не создает дополнительной нагрузки на систему кровообращения. При выполнении нескольких упражнений без всяких пауз между ними может произойти более сильное влияние на кровообращение, особенно у больных с нарушениями системы кровообращения. Сердечные больные должны делать между упражнениями еще более длительные паузы; им по возможности не следует выполнять упражнения, в которых одновременно задействованы большие объемы мышц.
6. За один раз не следует выполнять более примерно 15 упражнений. Это займет с учетом пауз примерно 2 минуты.

Изометрическая тренировочная программа

Отдельная тренировка

УПРАЖНЕНИЕ 1

Рассмотрите прилагаемую иллюстрацию (рис. 82, а) и примите соответствующее исходное положение.

1. Приложите кончики пальцев правой руки к кончикам пальцев левой руки, расположив кисти рук в форме крыши и растопырив выпрямленные пальцы.
2. Плечи не должны при этом касаться корпуса.
3. Пальцы должны отстоять от груди на расстояние примерно 30 см.

Выполнение

- Надавите кончики пальцев друг на друга.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке № 82, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, следя за равномерностью дыхания.

При выполнении этого упражнения необходимо следить за тем, чтобы при надавливании пальцами друг на друга сопротивление и дыхание были скоординированы. Вы можете не суметь осуществить четкую взаимосвязь сопротивления и дыхания с первого раза, этого можно достичь лишь в результате многократного упражнения.

Упражнение “Давление выпрямленных пальцев друг на друга” может осуществляться также в другом варианте, с целью активизации других мышечных групп.

Варианты

Упражнение может выполняться на различной высоте рук, на уровне груди, на уровне глаз, над головой.

Чтобы тренировочная программа, выполняемая ежедневно, не казалась слишком монотонной, при выполнении предлагаемых упражнений рекомендуется менять исходное положение.



Рис. 82, а

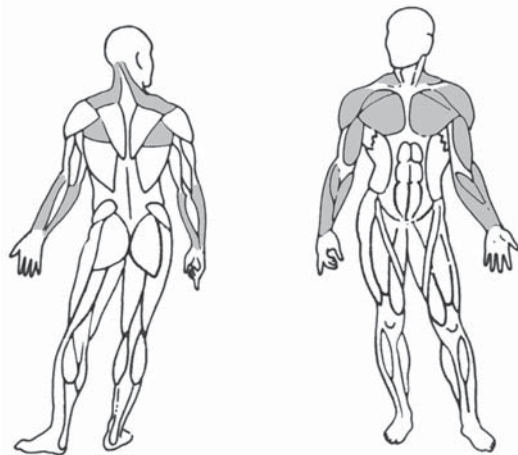


Рис. 82, б

УПРАЖНЕНИЕ 2

Рассмотрите прилагаемую иллюстрацию (рис. 83, а) и примите соответствующее исходное положение.

1. Сцепите пальцы так, как крючок цепляет петлю (“захват крючком”).
2. Плечи не должны при этом касаться корпуса.
3. Руки расположены на высоте груди.

Выполнение

- Держите кисти рук в сцепленном состоянии и изо всей силы попытайтесь развести пальцы в стороны, не расцепляя при этом захвата.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 83, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, следя за равномерностью дыхания.

Варианты

Это упражнение также можно выполнять различными способами:

- на уровне груди;
- на уровне глаз;
- над головой.



Рис. 83, а

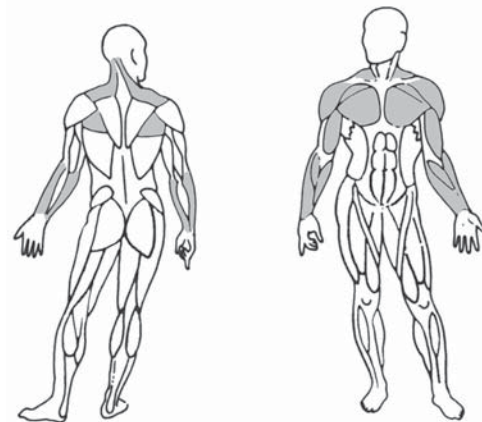


Рис. 83, б

УПРАЖНЕНИЕ 3

Рассмотрите прилагаемую иллюстрацию (рис. 84, а) и примите соответствующее исходное положение.

1. Выпрямите ноги в коленях.
2. Положите левую ногу подошвой на подъем правой ноги.



Рис. 84, а

Выполнение

- Нажимайте подошвой левой ноги и подъемом правой друг на друга.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 84, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, изменяя исходное положение.

Сначала: Давление подошвы левой ноги на подъем правой.
Потом: Давление подошвы правой ноги на подъем левой.

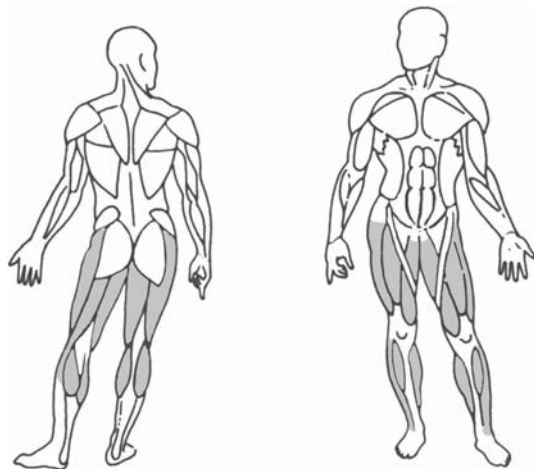


Рис. 84, б

Все описанные до сих пор упражнения показывают, что при изометрической тренировке необходимо обращать внимание на давление и противодействие, а также равномерное дыхание:

- принять правильное исходное положение;
- тянуть и давить как можно сильнее;
- напрягать мускулы постепенно и ни в коем случае не рывком;
- дышать нормально и равномерно;
- избегать задержки дыхания.

ЗАМЕТЬТЕ:

При выполнении упражнений на мускульную силу следует координировать сопротивление и дыхание. Напряжение мышц допустимо лишь во взаимодействии тяги (или давления) и сопротивления (без выполнения движений) и при равномерных вдохах и выдохах.

Тренировка с партнером

Выше были описаны упражнения, которые больной может выполнять без посторонней помощи. Однако многие больные, особенно те, которые длительное время лежат в постели, настолько ослаблены, что могут выполнять изометрические упражнения только при помощи сиделки. Сиделка при выполнении таких упражнений ощущает давление, исходящее от больного, и оказывает соответствующее сопротивление. Все нижеописанные упражнения выполняются одновременно больным и сиделкой.

Чтобы как можно лучше практически освоить выполнение этих упражнений, необходимо привлечь к тренировке партнера, который возьмет на себя роль больного.

- Вы берете на себя роль сиделки, ваш партнер – роль больного.
- Обратите особое внимание на положение больного, которое вы можете рассмотреть на рисунках и понять из текстового описания.
- Дайте пациенту точные указания, касающиеся напряжения определенных мышц.
- Старайтесь ощутить давление, производимое больным, и оказывать соответствующее сопротивление.

ЗАМЕТЬТЕ:

Для всех нижеописанных упражнений верно следующее правило: если больной не может самостоятельно принять нужное положение, то ему должна помочь сиделка.

УПРАЖНЕНИЕ 4

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 85, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя *указания для сиделки*.

Описание упражнения

Больной

Исходное положение

- Лежит на спине

Выполнение

- Пациент, следуя указанию сиделки, сильно давит лбом на ее ладони

Сиделка

Исходное положение

- Становится в изголовье постели или на уровне головы больного рядом с постелью
- Кладет обе ладони на лоб больного

Указание больному

“Попробуйте лбом оттолкнуть мои ладони вверх”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным
- Оказывает соответствующее противодействие

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 85, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.



Рис. 85, а

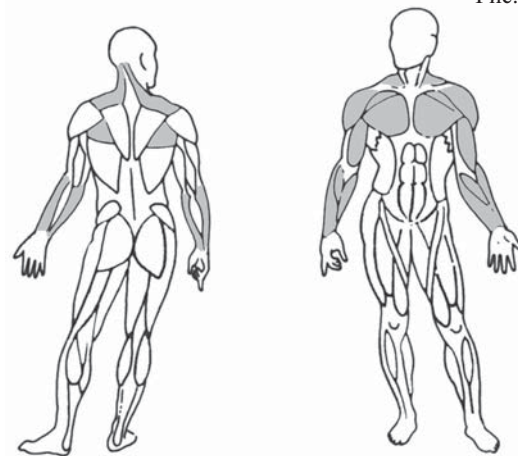


Рис. 85, б

УПРАЖНЕНИЕ 5

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 86, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя указания для сиделки.

Описание упражнения**Больной****Исходное положение**

- Лежит на спине

Выполнение

- Пациент, следуя указанию сиделки, сильно давит на руки сиделки

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 86, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.

Сиделка**Исходное положение**

- Становится в голове постели или на уровне головы больного рядом с постелью
- Кладет обе ладони под голову больного

Указание больному

“Попробуйте головой вдавливать мои руки в кровать”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным,
- Оказывает соответствующее противодействие



Рис. 86, а

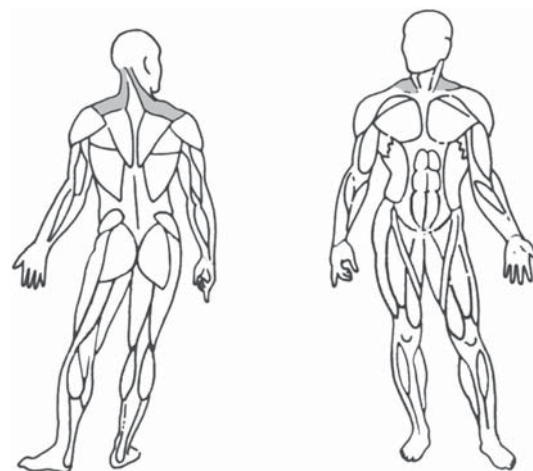


Рис. 86, б

УПРАЖНЕНИЕ 6

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 87, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя указания для сиделки.

Описание упражнения

Больной

Исходное положение

- Лежит на спине
- Рука больного, выпрямленная и несколько отставленная от корпуса, лежит на руке сиделки

Выполнение

- Пациент сильно давит ладонью на ладонь сиделки

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 87, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.
- Выполните упражнение еще несколько раз, меняя руки.

Сиделка

Исходное положение

- Становится у кровати сбоку или садится на край кровати
- Кладет ладонь под ладонь больного

Указание больному

“Как можно сильнее давите на мою ладонь”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным, и
- Оказывает соответствующее противодействие



Рис. 87, а

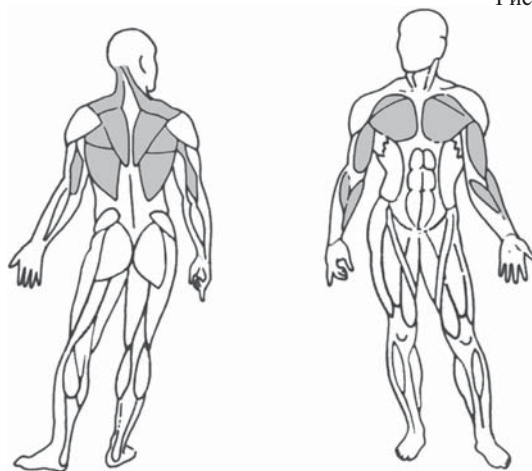


Рис. 87, б

УПРАЖНЕНИЕ 7

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 88, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя указания для сиделки.

Описание упражнения**Больной****Исходное положение**

- Лежит на спине
- Сгибает ноги в коленях и ставит ступни ног на подкладку

Выполнение

- Пациент сильно давит на руки сиделки

Сиделка**Исходное положение**

- Становится у кровати сбоку
- Кладет обе руки на мышцы живота больного

Указание больному

“Попробуйте изо всей силы давить на мои руки вверх“

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным, и
- Оказывает соответствующее противодействие

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 88, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.



Рис. 88, а

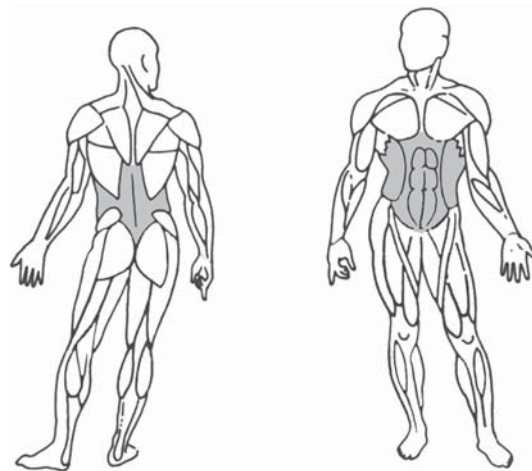


Рис. 88, б

УПРАЖНЕНИЕ 8

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 89, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя указания для сиделки.

Описание упражнения

Больной

Исходное положение

- Лежит на спине
- Сгибает ноги в коленях и ставит ступни ног на подкладку

Выполнение

- Пациент сильно давит на руки сиделки

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 89, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.

Сиделка

Исходное положение

- Становится у кровати сбоку
- Обхватывает корпус больного так, что ее ладони оказываются под спиной больного

Указание больному

“Со всей силы прижимайте мои руки к кровати”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным, и
- Оказывает соответствующее противодействие



Рис. 89, а

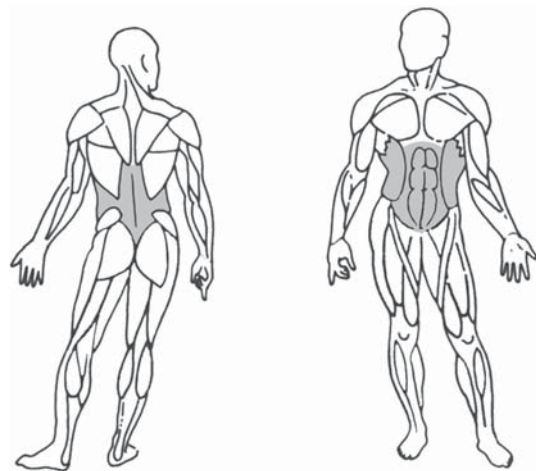


Рис. 89, б

УПРАЖНЕНИЕ 9

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 90, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя *указания для сиделки*.

Описание упражнения**Больной****Исходное положение**

- Лежит на спине
- Ноги выпрямлены

Выполнение

- Пациент сильно давит на руки сиделки

Сиделка**Исходное положение**

- Становится в ногах кровати
- Прикладывает ладони к подошвам ног больного

Указание больному

“Попробуйте изо всех сил давить подошвами ног на мои руки”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным, и
- Оказывает соответствующее противодействие

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 90, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.



Рис. 90, а

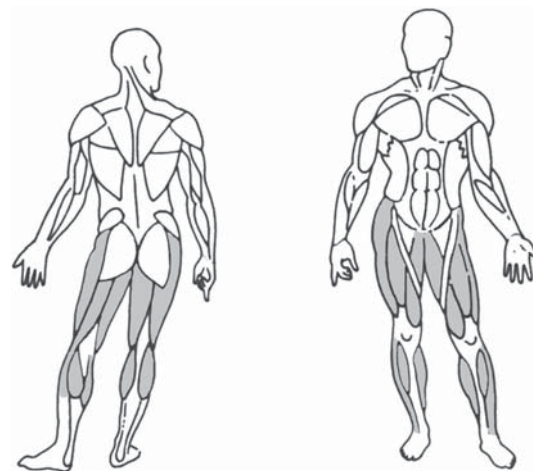


Рис. 90, б

УПРАЖНЕНИЕ 10

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 91, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя указания для сиделки.

Описание упражнения

Больной

Исходное положение

- Лежит на спине
- Ноги выпрямлены

Выполнение

- Пациент сильно давит на руки сиделки

Сиделка

Исходное положение

- Становится в ногах кровати
- Обеими руками охватывает голеностопные суставы больного и слегка (примерно на 30 см) приподнимает его выпрямленные ноги

Указание больному

“Попробуйте изо всех сил давить на мои руки вниз”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным,
- Оказывает соответствующее противодействие

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 91, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.



Рис. 91, а

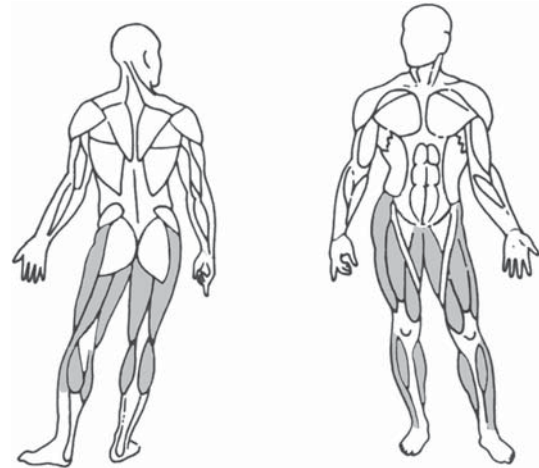


Рис. 91, б

УПРАЖНЕНИЕ 11

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 92,а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя *указания для сиделки*.

Описание упражнения**Больной****Исходное положение**

- Лежит на спине
- Ноги, выпрямленные и слегка разведенные, лежат на подкладке

Выполнение

- Пациент сильно давит на руки сиделки

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 92,б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.

Сиделка**Исходное положение**

- Становится в ногах кровати
- Обеими руками берется за внешние стороны щиколоток больного

Указание больному

“Попробуйте изо всех сил раздвигать мои руки”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным, и
- Оказывает соответствующее противодействие



Рис. 92, а

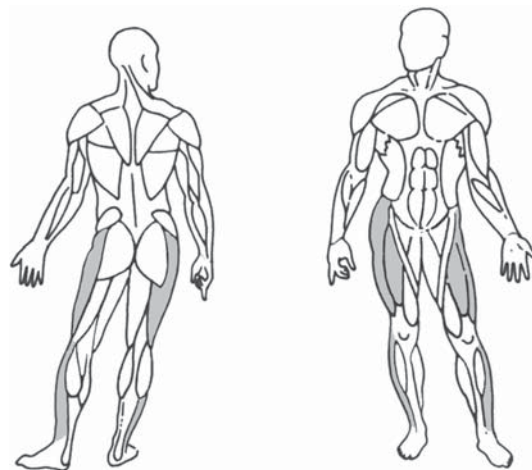


Рис. 92, б

УПРАЖНЕНИЕ 12

Рассмотрите вместе с вашим партнером иллюстрацию (рис. 93, а), примите соответствующее исходное положение и упражняйтесь, выполняя *указания для сиделки*.

Описание упражнения**Больной****Исходное положение**

- Лежит на спине
- Ноги, выпрямленные и слегка разведенные, лежат на подкладке

Выполнение

- Пациент сильно давит на руки сиделки

Сиделка**Исходное положение**

- Становится в ногах кровати
- Обеими руками берется за внутренние стороны щиколоток больного

Указание больному

“Попробуйте изо всех сил сдвигать мои руки внутрь”

Выполнение

- Сиделка чувствует давление, оказываемое больным, и
- Оказывает соответствующее противодействие

Выполнение упражнения

- Выполните упражнение так, как описано выше.
- Проверьте, какие группы мышц из изображенных на рисунке 93, б задействованы в выполнении этого упражнения.
- Выполните упражнение еще несколько раз, обращая внимание на равномерность дыхания.



Рис. 93, а

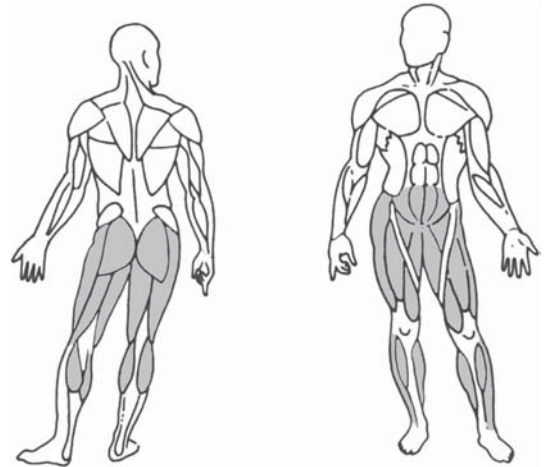


Рис. 93, б

Резюме

Из этого раздела вы узнали, что отдельные группы мышц можно усилить с помощью изометрических упражнений, не увеличивая при этом нагрузки на сердце и кровообращение хронического лежачего больного. Кроме того, при выполнении упражнений появляется возможность постоянного, длительного контакта с больным, одновременно носящего личный характер и способного обогатить обе стороны.

Выполняя упражнения самостоятельно или участвуя в их выполнении, больной получает больше уверенности в себе, надежды на восстановление своих физических сил и тем самым постепенно все большее чувство независимости от посторонней помощи. Он чувствует, что может что-то сделать для собственного здоровья самостоятельно. В то же время сиделка должна как можно более деликатно и в то же время уверенно внушить больному ощущение, что она не только хочет, но и в действительности может ему помочь.

9

Уход за тяжелыми и хроническими больными

Формы обращения с больными

Процедуры, входящие в понятие ухода за больными

Подсобные работы

Основные принципы ухода

Учебные задачи

Первая группа задач: формы обращения с больным

Для того, чтобы правильно осуществлять уход за больным, необходимо уметь:

- перечислить формы помощи сиделки больному и определить, какой характер отношений между больным и сиделкой соответствует этим формам;
- прочувствовать особенности душевного состояния больного и понять, как следует реагировать на данное состояние;
- определить, как следует обращаться к больному в различных ситуациях, связанных с уходом за ним.

Вторая группа задач: процедуры, входящие в понятие ухода за больным

Для того, чтобы правильно осуществлять уход за больным, необходимо уметь:

- перечислить четыре важнейших процедуры, связанные с уходом за больным;
- точно и по порядку описать подготовку к выполнению этих процедур;
- разделить выполнение процедур на отдельные шаги и уметь выполнять их в различных ситуациях.

Третья группа задач: подсобные работы

Для того, чтобы правильно осуществлять уход за больным, необходимо уметь:

- назвать важнейшие устройства, применяемые в уходе за тяжелыми и хроническими больными;
- объяснить, как пользоваться поильником для тяжелых больных;
- описать важнейшие захваты, применяемые при подкладывании и удалении подкладного судна.

Четвертая группа задач: основные принципы ухода

Для того, чтобы правильно осуществлять уход за больным, необходимо уметь:

- выделить основные принципы, которые следует соблюдать при выполнении процедур, связанных с уходом за больным;
- уметь объяснить, как основные принципы подтверждаются конкретными примерами.

Формы обращения с больным

На иллюстрациях вы видите ситуации, типичные для домашнего ухода за больными. На верхней фотографии (рис. 94) сиделка помогает больной при приеме пищи; нижняя фотография изображает сиделку, разговаривающую с больным (рис. 95). Вы можете видеть на фотографиях формы и характер обращения сиделки к больному.

В табл. 30 вы найдете ряд признаков, характеризующих обращение сиделки к пациенту в различных ситуациях. Определите, какие меры ухода, уже изучавшиеся вами в нашем курсе, соответствуют этим ситуациям.

Табл. 30

<i>Ситуация</i>	<i>Формы обращения</i>	<i>Действия сиделки</i>
при рвоте	осторожно	поддерживать голову
в состоянии возбуждения или страха	успокаивающе	успокаивать больного
при наличии симптомов заболевания	внимательно	_____
при выполнении гигиенических процедур	добросовестно	_____
в депрессивном состоянии	с сочувствием	_____
при перестилании постели	планомерно	_____
в беседе	с участием	_____
при укладывании в постели	в соответствии с ситуацией	_____

Сравните ваши ответы с ответом на следующей странице.



Рис. 94



Рис. 95

Ответ:

Табл. 31

<i>Ситуация</i>	<i>Формы обращения</i>	<i>Действия сиделки</i>
при рвоте	осторожно	поддерживать голову
в состоянии возбуждения или страха	успокаивающе	успокаивать больного
при наличии симптомов заболевания	внимательно	вести наблюдение
при выполнении гигиенических процедур	добросовестно	убирать, чистить
в депрессивном состоянии	с сочувствием	утешать
при перестилании постели	плановмерно	готовить средства ухода
в беседе	с участием	внимательно слушать
при укладывании в постели	в соответствии с ситуацией	применять вспомогательные средства

Неправильное отношение к больному

Если сиделке не удастся действовать так, как это описано выше, то может оказаться, что характер ее отношений с больным будет неадекватным.

Недостаток понимания положения, в котором находится больной, может привести к созданию у постели больного напряженной ситуации.

Даже неправильный выбор приветствия больного может привести к осложнению прежде хороших отношений между ним и сиделкой. Если, например, молодой

человек фамильярно приветствует пожилую больную примерно следующими словами “Ну, сегодня мы выглядим уже намного лучше!”, он не должен удивляться ответной неразговорчивости или даже обиде больной. Даже если он попытается извиниться или оправдать свое нетактичное поведение замечаниями вроде “Я это не имел в виду”, “Не надо так волноваться” или “Разве нельзя иногда пошутить”, отношения между ним и больной уже омрачены.

ЗАМЕТЬТЕ:

Как правило, никто не выполняет все описанные здесь виды деятельности. Наши примеры показывают, однако, что сиделка лишь в том случае квалифицированно справляется со своей ролью, если она серьезно относится к своей задаче. Только в этом случае ей удастся

- вызвать доверие у тяжелобольного;
- дать ему чувство уверенности;
- показать ему свое понимание и стараться не потерять это понимание;
- добросовестно и профессионально оказывать ему необходимую помощь.

Последствием такого нетактичного или даже сознательно неправильного отношения к больному может быть недоверие, отчуждение и даже отказ больного от услуг сиделки. В особенности тяжелобольной пациент может реагировать подобным образом, поскольку он, находясь в беспомощном состоянии, обладает сверхчувствительностью и видит в бестактном поведении сиделки неуважение к себе и своему состоянию.

Другие виды ошибочного отношения сиделки к больному также могут нарушить их взаимное доверие:

- несерьезное отношение к больному;
- неуверенность сиделки;
- равнодушие;
- чрезмерное усердие.

Ниже вы найдете примеры ситуаций, которые осложняют или, напротив, облегчают взаимоотношения между больным и сиделкой.

- *Сиделка* отягощает больного своими собственными трудностями и проблемами ;
- она позволяет себе переносить свои чувства на больного;
- она переносит свое собственное настроение на больного;
- она требует беспрекословного послушания; если больной послушен и подчиняется ее воле, то его хвалят; если же его мнение отличается от мнения сиделки, то его ругают;
- она выполняет процедуры ухода каждый раз по-разному; это внушает больному чувство неуверенности и раздражает его.
- *Больной* требует, чтобы сиделка уделяла все свое внимание исключительно ему;
- он не учитывает того, что сиделка имеет, кроме ухода за ним, еще и другие, например, семейные, обязанности;
- он замечает только свои собственные трудности и требует, чтобы все вокруг было направлено исключительно на соблюдение его интересов;
- он не хочет быть никому в тягость и из скромности делает то, что вредно для его здоровья, например, встает с постели без посторонней помощи, не учитывая, что может упасть.

Как вы видите, причины разнообразных конфликтов могут исходить как от сиделки, так и от больного. Для того, чтобы найти выход из подобных ситуаций, все их участники должны осознать ошибки в собственном поведении, обнаружить избыточность предъявляемых к другим требований и по возможности сократить их.

Положительные качества, важные в общении

В зависимости от физического и психического состояния тяжелого или хронического больного от сиделки требуются различные качества, являющиеся в данном случае формами обращения с больным: внимание, добросовестность, умение планировать, понимание, участие, владение собой.

Определите, в каких областях деятельности сиделки особенно важны названные здесь качества и впишите соответствующие термины в пустые клетки:

при выполнении гигиенических процедур

при страхах и волнении больного

при наблюдении за симптомами заболеваний

при наличии у больного физических недостатков

в беседе с больным

Внимание

Участие

Понимание

Умение планировать

Добросовестность

Владение собой

Проверьте ваш ответ на следующей странице.

Ответ:

Качества, проявляемые при физическом уходе за больным

Качества, проявляемые при оказании психологической поддержки больному

Внимание

при наблюдении за симптомами заболеваний

Понимание

при наличии у больного физических недостатков

Добросовестность

при выполнении гигиенических процедур

Участие

в беседе с больным

Умение планировать

при подготовке средств ухода

Владение собой

при страхах и волнении больного

ЗАМЕТЬТЕ:

Проявление этих качеств является предпосылкой успешного выполнения соответствующей процедуры.

Уход за тяжелым или хроническим больным требует от сиделки полной самоотдачи. В определенных обстоятельствах от сиделки требуется высочайшая физическая работоспособность и крайнее психологическое напряжение. Интенсивная, полная самоотдача в течение месяцев и иног-

да даже лет возможна только в том случае, если сиделка *обладает обостренной чувствительностью*, то есть способна

- воспринимать физическое самочувствие и психическое состояние тяжелого больного;
- адекватно реагировать на него, спонтанно или в соответствии с некоторым планом, например, не обращать внимания на проявления недомогания или даже оскорбления со стороны больного;

если сиделка *правильно определяет свою роль*, то есть

- полностью признает предписанную ей или добровольно взятую ею на себя роль и
- готова выполнять соответствующие этой роли обязанности;

если сиделка *обладает высокой квалификацией*, то есть

- правильно определяет соответствующие каждой конкретной ситуации меры ухода за больным и
- осуществляет их.

ЗАМЕТЬТЕ:

При уходе за больными на дому могут возникнуть ситуации, в которых существует опасность вреда для тех, кто занят уходом. В таких случаях сиделка имеет право и обязанность обратить внимание на собственное здоровье и выполнение ее собственных желаний.

Процедуры, входящие в понятие ухода за больным

В Разделе 6 вы узнали о мерах, принимаемых для предупреждения контрактур суставов, воспаления легких, тромбозов и пролежней. Эти меры направлены прежде всего на то, чтобы избежать повреждений, которые могут быть вызваны длительным пребыванием больного в кровати.

Помимо этого, на сиделке лежит ответственность за ежедневные гигиенические процедуры больного. В зависимости от тяжести и характера заболевания больной выполняет эти процедуры самостоятельно или пользуется в той или иной степени помощью сиделки. Само собой разумеется, что меры ухода должны проводиться в соответствии с гигиеническими требованиями, точно и без возражений. Сиделка выполняет при этом и воспитательные задачи, так как при выполнении гигиенических процедур она имеет возможность тактично указать больному на необходимость укрепления здоровья и закалывания даже ослабленного организма. Если она проявляет при

этом определенное педагогическое умение, она может внушить больному необходимость таких ежедневных гигиенических процедур, как мытье, смена белья, носовых платков и мочалок (рукавичек для мытья), а также употребление мыла, шампуней и дезодорантов.

При уходе за хроническими больными особенно важны следующие пять гигиенических мероприятий:

- общее мытье тела;
- уход за зубами и полостью рта;
- мытье головы;
- мытье ног;
- гигиеническая ванна.

Подготовка к отдельным действиям

Общее мытье тела

1 полотенце для тела
2 мочалки (рукавички) для мытья
2 полотенца
1 емкость для мытья, вода, мыло, средство ухода за кожей, дезодорант,
1 расческа,
1 щетка,
при необходимости бритвенные принадлежности

Уход за зубами и полостью рта

1 стакан с водой
1 зубная паста
1 зубная щетка
1 лоток
1 полотенце,
при необходимости ватные палочки и средства ухода за полостью рта

Мытье головы

1 гарнитур для мытья головы (или 2 пеленки из прорезиненной ткани)
2 ведра (одно пустое и одно полное)
1 ковш (черпак)
2 полотенца
1 мочалка (рукавичка)
1-2 зажима
1 шампунь
1 расческа
1 щетка
1 фен

Мытье ног

Коврик из прорезиненной ткани
1 емкость для мытья
Мочалка
Мыло
Полотенце
Щетка для ногтей
Гигиеническая ванна
Ванна с водой
Добавки для ванны
Мыло
2 полотенца
2 мочалки
Щетка
Средство ухода за кожей,
Маникюрные и педикюрные принадлежности

Для того, чтобы разложить средства ухода подойдут тумбочка, столик, стул и т.п.

Общее мытье тела

Последовательность действий

- Убрать подушки
- Раздеть и укрыть больного
- Положить полотенце под голову и плечи
- Промыть и вытереть глаза, начиная от внешнего угла к внутреннему
- Вымыть и вытереть лицо (в зависимости от желания больного с мылом или без него)
- Вымыть уши
- Вымыть и вытереть шею
- Убрать полотенце и положить его под рукой больного, вытянув вдоль руки
- Вымыть и вытереть кисть, руку ниже и выше локтя, плечо, подмышку
- Окунуть кисть больного в воду
- Хорошо вытереть кожу между пальцами руки
- Сделать то же самое с другой рукой больного
- Вымыть и вытереть грудь и живот
- Припудрить складки кожи
- Обработать подмышки дезодорантом
- Повернуть больного на бок
- Укрыть грудь и живот

- Положить полотенце под спину
- Вымыть, тщательно вытереть и припудрить спину, ягодицы, между ягодицами и задний проход
- Растереть спину и ягодицы одеколоном
- Убрать полотенце
- Снова положить больного на спину
- Надеть ночную рубашку, подвернув ее нижний край
- Укрыть больного

Смена воды, полотенца и мочалки

- Откинуть одеяло
- Прикрыть интимную область полотенцем
- Положить полотенце под одну ногу
- Вымыть, вытереть и растереть французской водкой стопу, нижнюю и верхнюю часть ноги
- Хорошо вытереть кожу между пальцами
- Сделать то же со второй ногой

Смена воды перед мытьем интимных областей

- Согнуть и расставить ноги больного
- Положить полотенце под ягодицы

При мытье женщин:

- Раздвинуть половые губы и вымыть и вытереть их в направлении сзади вперед
- Вымыть и вытереть паховый сгиб
- Интимную область припудрить или обработать дезодорантом

При мытье мужчин:

- Как можно дальше оттянуть крайнюю плоть
- Очистить головку полового члена от скопившегося секрета
- Вымыть и вытереть член, мошонку и паховый сгиб
- Интимную область припудрить или обработать дезодорантом
- Убрать полотенце

Уход за зубами и полостью рта

Если больной может чистить зубы самостоятельно, следует оказать ему необходимую помощь.

О подготовке см. стр. 43

Последовательность действий для пациентов, нуждающихся в помощи

- Посадить больного;
- Обернуть полотенце вокруг шеи;
- Поддерживать голову за затылок;
- Тщательно почистить зубы;
- Дать больному воды для полоскания;
- Поднести больному полоскательницу (рис. 96) и дать ему сплунуть;
- Вытереть рот.

Последовательность действий для тяжелобольных и находящихся в бессознательном состоянии пациентов

- Повернуть голову в сторону;
- Протереть язык и полость рта специальным средством (бороглицерин) при помощи ватной палочки;
- Смазать губы жиром.



Рис. 96

ЗАМЕТЬТЕ:

Зубные протезы следует чистить щеткой под проточной водой. Предварительно налить в раковину воды, чтобы не повредить протез, если он случайно упадет. Ватной палочкой пользоваться только один раз.

Мытье головы

При описании этой процедуры мы исходим из того, что больной может оказывать определенную помощь при мытье и что используется гарнитур для мытья волос.

Подготовка

- Приготовить средства для мытья и ухода:
 - приготовить ведро с водой и поставить его на стул, расположенный около кровати больного с той стороны, с которой подходит сиделка; приготовить также ковшик для черпания;

- с другой стороны поставить пустое ведро для использованной воды.
- Откинуть одеяло как можно дальше;
- Приподнять больного;
- Убрать подушку и положить ее на приготовленный заранее стул;
- Обернуть полотенцем голову и плечи больного;
- Приготовить набор для мытья головы;

- Уложить больного на расправленный край гарнитура;
- Направить сточную трубу в приготовленное ведро;
- Прикрыть глаза больного рукавичкой для мытья (мочалкой).

Последовательность проведения

Предварительное мытье:

- Намочить волосы;
- Нанести шампунь и распределить по голове;
- Вымыть волосы;
- Ополоснуть волосы – одной рукой расправляя волосы, другой рукой осторожно лить воду.

Основное мытье:

- Снова нанести шампунь и распределить его по голове (следить за тем, чтобы вся голова была вымыта);
- тщательно прополоскать, пока не будут удалены все остатки пены.

Вытереть волосы:

- Положить на мокрые волосы махровое полотенце;
- Убрать с глаз полотенце;
- Убрать набор для мытья;
- Приподнять и затем удобно уложить больного;
- Хорошо вытереть волосы;
- Причесать больного.

Мытье ног и уход за ногтями в постели

В определенных случаях необходимо вымыть только ноги больного. Для *подготовки* к этой процедуре иногда бывают также необходимы педикюрные принадлежности и прорезиненная подкладка.

- Убрать матрац в ногах кровати;
- Подложить прорезиненную подкладку;
- Поставить там емкость с водой (вода со специальными добавками).

Эта процедура осуществляется так же, как соответствующая часть полного мытья (см. стр. 173); после мытья ног следует тщательно вытереть и припудрить кожу между пальцами ног. При необходимости после мытья осуществляется уход за ногтями больного.

Гигиеническая ванна

Подготовка ванной комнаты

- Закрывать окна;
- Температура в помещении должна быть около 24° С;
- приготовить чистое белье – при необходимости подогретое;
- приготовить место для сидения, учитывая при этом высоту края ванны;

- положить нескользящие коврики около ванны и в ванну;
- вставить (повесить) сидение для ванны;
- существуют другие вспомогательные средства, например, укорачиватель длины ванны, подголовник для ванны (надувная подушка) и др.;
- наполнить ванну водой, температура воды 34-37° С;
- если ванна не оснащена смесителем, для предупреждения парообразования налить сначала холодную и только потом горячую воду.

Подготовка больного

- сообщить больному о готовящейся процедуре и ободрить его;
- объяснить больному необходимость и приятность этой процедуры.

Перемещение больного к ванне

В зависимости от состояния здоровья больного следует в ванную отвести, отнести или отвезти (на кресле-каталке, специальном стуле для перевозок больных, на кровати-каталке), см. рисунок 97 на стр. 176).

Во время перемещения больного необходимо следить, чтобы больному было тепло, чтобы не было сквозняков.

Во время приема ванны желательно, чтобы один из помощников сиделки перестелил постель.

Последовательность действий при приеме ванны

- Раздеть больного;
- Поддерживать больного в тот момент, когда он приподнимается со стула;
- Со стула усадить больного на край ванны и потом осторожно помочь ему соскользнуть в ванну;
- Вымыть больного в направлении сверху вниз;
- Помочь ему вылезти из ванны, применяя по необходимости поддерживающий захват или захват Раутека (при необходимости вместе с помощником);
- Сначала усадить больного на край ванны, затем на стул;
- Вытереть больного махровым полотенцем и надеть чистое белье;
- Привести в порядок ногти на руках и ногах больного;
- Дать больному передохнуть.

После окончания приема ванны убрать средства ухода и освободить ванную комнату.

ЗАМЕТЬТЕ:

- Больные-сердечники и очень ослабленные больные могут принимать ванну только после консультации с врачом; если прием ванны пациент переносит слишком тяжело, можно воспользоваться ванной, наполненной до половины, или душем.
- Нельзя купать больного на полный желудок (должно пройти примерно 2 часа после приема пищи).
- Перед приемом ванны следует попросить больного помочиться.
- Во время купания постоянно наблюдать за больным.
- В случае опасности немедленно выдернуть пробку из ванны.

Подсобные работы

Чем тяжелее уход за больным, тем больше нагрузка, которую получает сиделка. Поэтому сиделка должна стремиться по возможности уменьшить получаемую ею нагрузку. Для осуществления правильного ухода за больным и для облегчения труда сиделки разработаны различные приборы и вспомогательные средства, начиная от поильника и кончая подкладным судном и мочеприемником. При помощи этих средств сиделка может лучше помочь больному.

Использование поильника

Последовательность действий

- Приподнять больного или только его голову, или поддерживать голову одной рукой под затылок (рис. 98);
- другой рукой поднести поильник ко рту (к губам);



Рис. 97



Рис. 98

- попросить больного по возможности удерживать чашку так, чтобы он смог самостоятельно дозировать каждый глоток;
- наклонить чашку, дозируя тем самым количество жидкости, соответствующее глотку;
- наблюдать за глотательными движениями больного и удостовериться, что больной производит глотательные движения;
- повторить процедуру многократно;
- убрать чашку;
- осторожно положить больного в исходное положение;
- вытереть рот больного.

Обращение с подкладным судном и мочеприемником

Все действия с подкладным судном и мочеприемником должны осуществляться особенно осторожно, поскольку любая ошибка здесь крайне неприятна для всех участников процедуры. Для выполнения этих процедур обычно имеется только одна сиделка. В этом случае необходимо, чтобы больной был в состоянии ей помогать. В тяжелых случаях необходим еще один помощник, причем кровать должна

обеспечивать доступ к ней с обеих сторон (см. рис. 99).

В приводимом ниже описании мы, однако, исходим из того, что кровать стоит в углу комнаты и имеется только одна сиделка.

Подкладное судно

Подготовка

- Поставить подкладное судно на стул;
- Приготовить на тумбочке: туалетную бумагу или лигнин, емкость для воды, мочалку, мыло, полотенце, средство ухода.

Последовательность действий

1. Больной может помогать сиделке

- Откинуть одеяло с одной стороны;
- Положить крышку судна на стул внутренней стороной вверх;
- Попросить больного сделать “мостик”;
- Одной рукой подтянуть вверх рубашку больного и поддерживать его спину;
- Другой рукой подложить судно;
- Проверить правильность положения больного;
- Раздвинуть и выпрямить ноги больного;
- Укрыть больного;



Рис. 99

- Приготовить для больного звонок;
- Выйти из комнаты;
- После звонка откинуть одеяло насколько нужно;
- Дать больному туалетную бумагу;
- Одной рукой поддерживать судно;
- При убиении судна одной рукой помочь больному повернуться на бок;
- Больной выпирается самостоятельно;
- Убрать судно, закрыть крышкой и поставить на стул;
- Положить в постель полотенце на высоте ягодиц больного;

- Тщательно вымыть задний проход теплой водой и мылом;
- Хорошо вытереть и обработать (см. раздел 6 о профилактике пролежней, стр. 106);
- Правильно уложить больного;
- Поднести ему емкость с водой для мытья рук, затем вытереть руки;
- Тщательно укрыть больного;
- Проветрить и убрать комнату;
- Очистить и продезинфицировать судно.

2. Больной не может помогать сиделке

- Откинуть одеяло с одной стороны;
- Положить крышку судна на стул внутренней стороной вверх;
- Двумя руками повернуть больного на бок и затем поддерживать одной рукой за бедро;
- Другой рукой плотно прижать судно к матрасу на уровне ягодиц больного, как можно дальше протащить его под ягодицы и затем крепко держать;
- При возвращении больного в положение на спине протащить судно еще дальше;
- Одной рукой положить больного так, чтобы его ягодицы находились по центру судна;
- Проверить правильность положения больного;

- Раздвинуть и выпрямить ноги больного;
- Укрыть больного;
- Приготовить для больного звонок;
- Выйти из комнаты;
- После звонка откинуть одеяло насколько нужно;
- Вытереть наружные половые органы больного туалетной бумагой;
- Одной рукой поддерживать судно;
- Другой рукой повернуть больного на бок;
- Предварительно очистить задний проход больного туалетной бумагой;
- Убрать судно, закрыть крышкой и поставить на стул;
- Положить в постель полотенце на высоте ягодиц больного;
- Тщательно вымыть задний проход теплой водой с мылом;
- Хорошо вытереть и обработать (см. раздел о профилактике пролежней, стр. 106);
- Правильно уложить больного;
- Понести ему емкость с водой для мытья рук, затем вытереть руки;
- Тщательно укрыть больного;
- Проветрить и убрать комнату;
- Очистить и продезинфицировать судно.

Мочеприемник

Мужчины пользуются при мочеиспускании мочеприемником, обращаться с которым очень легко. Обычно никакая помощь при этом не требуется.

Мочеприемник должен

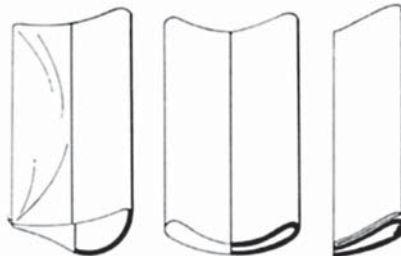
- закрываться;
- регулярно опорожняться, очищаться (с помощью щетки для бутылок) и дезинфицироваться;
- лежать наготове возле кровати больного.

Пеленки, используемые при недержании

Для ухода за больными с недержанием, не способными контролировать процессы дефекации и мочеиспускания, необходим ряд специальных мер. В их число входит прежде всего подкладывание хорошо впитывающих пеленок из нескольких толстых слоев лигнина со слоем флизелина сверху и слоем непромокаемого материала внизу. Толстый слой лигнина отделяется от непромокаемой подкладки (рис. 100, а), его углы подворачиваются внутрь, так что получается угол, который просовывается между ног больного.



а)



б)

Рис. 100

Узкая пеленка с очень высокими впитывающими свойствами получится, если приподнять непромокаемый слой и затем по отдельности сложить впитывающий и непромокаемый слой вдвое (рис. 100, б).

В настоящее время для ухода за больными с недержанием используются одноразовые памперсы.

Основные принципы мероприятий по уходу за больными

При подготовке и осуществлении различных мер ухода за больными вы узнали, насколько необходимо выполнять их точно. В то же время вы не могли не заметить, что действия, связанные с уходом, чрезвычайно многочисленны и разнообразны. Опыт показывает, что в конкретной ситуации трудно удержать в сознании сразу все частности, требуемые при выполнении отдельных процедур. Чтобы быть тем не менее в состоянии обеспечить больному адекватную помощь на дому, необходимо:

- перед началом каждой процедуры еще раз повторить последовательность ее отдельных шагов в соответствии с нашим пособием;
- тщательно провести все подготовительные мероприятия;
- соблюдать определенные основные принципы, общие для всех частных ситуаций, связанных с уходом.

Эти принципы следующие:

1. Информирование больного перед началом мероприятия
2. Точность выполнения процедур
3. Регулярная последовательность действий
4. Понимание особенностей поведения больного (чувствительность, боязливость, стыдливость).
5. Тактичное обращение с больным.
6. Учет внешних условий (температура в помещении, сквозняк, наличие укрытия от посторонних глаз).

Какой из вышеперечисленных принципов следует соблюдать в каждом из следующих примеров? Установите соответствия между принципами и отдельными примерами, вписав номер соответствующего принципа в пустую клетку справа от каждого примера.

Пример 1. Осуществляется мытье тела больного. Неожиданно в комнату входит один из членов семьи больного. Больной беззащитен перед взглядом вошедшего.

Пример 2. Больного перемещают по коридору в ванную комнату. В коридоре открыто окно (или: коридор не отапливается).

Пример 3. Сиделка каждый вечер вынимает у больного зубной протез, чистит его, кладет в стакан и добавляет очищающую таблетку.

Пример 4. Сиделка без предупреждения подходит к кровати и начинает приготовления к мытью головы больного.

Пример 5. Больной сидит на краю ванны и боязливо хватается за руку сиделки.

Пример 6. После ванны больного вытирают, но местами кожа в складках тела и подмышками остается влажной.

Пример 7. При мытье всего тела сиделка откидывает одеяло дальше, чем это необходимо, и оставляет больного при мытье обнаженным.

Пример 8. Больной отказывается от встречи с посетителем. Он опасается, что посетителю будет неприятен связанный с болезнью запах в комнате больного.

Одновременно с ответом на задание вы узнаете, что следует сделать в каждом из этих случаев, чтобы выполнить соответствующий принцип.

Проверьте правильность ваших ответов на следующей странице.

Ответ:

Пример	Принцип	Мера
1	6 Учет внешних условий	Позаботиться о защите больного от посторонних глаз
2	6 Учет внешних условий	Поддерживать равномерную температуру во всех помещениях; закрывать окна и двери. Избегать сквозняков
3	3 Регулярная последовательность действий	Не забывать добавлять очищающую таблетку
4	1 Информирование больного перед началом мероприятия	Информировать больного о необходимости, продолжительности и действии мер ухода
5	4 Понимание особенностей поведения больного	Ободрить больного, внушить ему чувство безопасности
6	2 Точность выполнения	Тщательно вытирать больного; избегать переохлаждения; избегать повреждений кожи
7	2/6 Учет внешних условий и точность выполнения	Позаботиться о защите больного от посторонних глаз, избегать переохлаждения
8	4/5 Понимание особенностей поведения больного и тактичное обращение	Убедить больного в том, что посетитель понимает его положение. Предупредить об этом посетителя, прежде чем он войдет в комнату, и попросить его проявить понимание

Последние примеры показывают, насколько важно для сиделки соблюдение указанных принципов, если она стремится к удовлетворению потребностей больного во всех областях.

Табл. 32

Проверьте ваши знания

1. Формы обращения (ср. стр. 168, 169)

Ниже вы найдете ряд свойств, определяющих обращение сиделки с больным в различных ситуациях. Определите, какие меры ухода из тех, что были изучены вами ранее, соответствуют каждой из этих ситуаций.

<i>Ситуация</i>	<i>Формы обращения</i>	<i>Действия сиделки</i>
при рвоте	осторожно	поддерживать голову
в состоянии возбуждения или страха	успокаивающе	успокаивать больного
при наличии симптомов заболевания	внимательно	_____
при выполнении гигиенических процедур	добросовестно	_____
в депрессивном состоянии	с сочувствием	_____
при перестилании постели	плановмерно	_____
в беседе	с участием	_____
при укладывании в постели	в соответствии с ситуацией	_____

2. Процедуры, входящие в понятие ухода за больным (ср. стр. 172)

– Перечислите четыре важнейших процедуры, входящие в понятие ухода за больным:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

– Напишите, что необходимо сделать при подготовке к общему мытью больного:

– Больного должны перемещать в ванную комнату по неотапливаемому коридору. Напишите, какие меры вы приняли бы в этой ситуации, чтобы избежать простуды у больного.

– *Последовательность действий при общем мытье тела больного* (ср. стр. 173).

Ниже перечислены некоторые части тела. Другие части тела пропущены. Заполните пустые места!

Голова:	<u>Глаза</u> →	_____ →	_____ →	<u>Шея</u> →	
Руки:	<u>Кисть руки</u> →	<u>Предплечье</u> →	_____ →	<u>Плечо</u> →	<u>Подмышечная впадина</u> →
Корпус:	<u>Грудь</u> →	<u>Живот</u> →	<u>Спина</u> →		
	Смена материалов		Полотенце _____		
Ноги:	<u>Стопа</u> →	_____ →	_____ →	_____ →	
	Смена материалов _____				
↓ Интимная область:	_____ →	_____ →	_____ →		

3. Подсобные работы (ср. стр. 176)

Опишите последовательность ваших действий при подкладывании судна больному, который не в состоянии оказывать помощь сиделке.

4. Основные принципы ухода (ср. стр. 179)

Какие меры вы предложили бы принять в следующих ситуациях?

Пример 4

Сиделка без предупреждения подходит к кровати и начинает приготовления к мытью головы больного.

Ваши предложения

Пример 5

После ванны больного вытирают, но местами кожа в складках тела и подмышками остается влажной.

Ваши предложения

Пример 7

При мытье всего тела сиделка откидывает одеяло дальше, чем это необходимо, и оставляет больного при мытье обнаженным

Ваши предложения

10

Помочь умирающему

Умирание

Помощь умирающему –
поддержка умирающего

Смерть

Раздел для чтения

Помочь умирающему

В последнее время темы умирания и смерти рассматриваются в многочисленных книгах, научных работах, журналах, передачах радио и телевидения. Так в документальном фильме “Еще 16 дней...” рассказывается об одной из пяти лондонских клиник для умирающих, хосписе Святого Христофора. В этой клинике со времени ее открытия в 1967 г. умерли 1600 пациентов. Людям, которых привозят сюда, остается жить только 16 дней – отсюда название фильма. Это больные, которым уже не может быть оказана врачебная помощь. Врачи, сестры, духовные лица и добровольные помощники, сотрудничающие в клинике, стремятся помочь умирающим: облегчить им умирание, освободить их от боли и страха смерти. Выполнение этой трудной задачи требует большого самопожертвования, терпения и любви. Зрители фильма переживают мирную смерть тяжело больного – умирающего не в одиночестве, а, напротив, в окружении жены и детей. Члены семьи дают умирающему чувство, что он не оставлен в одиночестве; они помогают ему выстоять в этой жизненной ситуации. Фильм показывает, что помощь при умирании есть последняя помощь в жизни: свою жизнь люди проживают вместе, так же они должны и проводить умирающего в его смерть. Умирающий должен иметь возможность выразить свои чувства; он должен знать, что его не оставили одного. Если члены его семьи и лица, ухаживающие за ним, отказываются помогать ему, понимать его и вместе с ним преодолевать его беспокойство и страх, то они могут оставить больного в полном одиночестве. Умирающий может с глубоким разочарованием заметить, что его начали считать мертвым раньше, чем он в действительности умрет.

Помочь умирающему часто не удается потому, что даже стремящийся к этому человек не обладает необходимыми предпосылками, которые позволили бы ему быть рядом с умирающим на этом тяжелом этапе его жизни. Уже в школе и затем в христианских общинах следовало бы поэтому постоянно стремиться подготовить людей к оказанию подобной помощи. Важными предпосылками для этого являются:

- наблюдение, что умирающие (кроме тех, кто умирает мгновенной смертью), примираются с фактом своей смерти на различных стадиях умирая;
- способность вникнуть в мир чувств умирающего и прислушаться к нему, а также
- готовность следить за собственным поведением при общении с больным.

В данной главе предлагаются избранные тексты, содержащие указания, которые могут помочь при сопровождении умирающего¹.

Умирание

Важный вклад в понимание умирающего человека внесла психолог и врач Э. Кюблер-Росс своей книгой “Интервью с умирающими”. На основании своего многолетнего опыта общения с умирающими в одной из клиник Чикаго она описывает, как умирающие на различных этапах умирая примираются с фактом своей скорой смерти. Э. Кюблер-Росс различает пять этапов умирая, которые у разных людей могут иметь различную длительность и интенсивность. “Если мы не покидаем умирающих в одиночестве, если мы прислушиваемся к их надеждам, больные быстро проходят все пять этапов... Иногда один из этапов может быть пропущен, иногда больной возвращается назад” (Кюблер-Росс 1971). На основании опыта Э. Кюблер-Росс В. Беккер дает впечатляющее описание долгого и трудного пути умирающего и его сопровождающих через различные этапы умирая.

1. Нежелание больного и его близких признать близость смерти

Когда смертельно больной узнает о своем диагнозе или постепенно осознает правду о своем положении, он проходит через этап шока, который характеризуется нежеланием признавать реальность. Он реагирует на тяжелую реальность иллюзией здоровья и хорошего самочувствия: “Нет, нет, это не касается меня! Это происходит не со мной, со мной такого быть не может.” Такая реакция помогает больному притупить шок, вызванный известием о предстоящем конце, и постепенно привыкнуть к сложившемуся положению. На более поздней стадии отказ признать реальность заменяется “изоляцией” чувств. На этом этапе больной говорит о своем здоровье и болезни, о своей смерти и бессмертии так, как будто эмоционально это его совершенно не затрагивает.

Шок переживает не только умирающий, но и его близкие. Они осознают, что их слова мало значат, их ожидания нереальны и что они сами склонны закрывать глаза перед лицом смерти. Они также вовлекаются

¹ Ниже в данной работе человек, оказывающий психологическую помощь умирающему, назван “сопровождающим” – буквальный перевод немецкого слова Begleiter, которое достаточно точно соответствует взятой этим человеком на себя роли. – Прим. пер.

в нежелание больного признавать реальность, и это укрепляет их потребность в отрыве от действительности. Часто бывает так, что близкие больного все еще держатся за отрицание реальности, в то время как сам больной уже начинает готовиться к ней. Умиравшие понимают эти потребности своих близких и часто делают вид, что не признают реальности, хотя на самом деле уже начинают сознательно смиряться с ней. Некоторые способны вынести встречу с умирающим лишь при том условии, что полностью отстраняются от него.

Эти наблюдения показывают, как важно, чтобы тот, кто хочет помочь умирающему, сам ясно понимал свое собственное отношение к умиранию и смерти.

2. Эмоции, протест

За этапом отказа признавать реальность следует этап эмоций. Умирающего охватывает бурный поток чувств. Он приходит в состояние гнева и ярости: “Почему это должно было случиться со мной?” Гнев может обратиться на близкого человека, врача, медицинскую сестру, свя-

щенника и даже на Бога. Он вспыхивает по самым незначительным поводам и часто никак не спровоцирован теми, против кого направлен. Часто умирающий даже не в состоянии выразить свой гнев, так как ему мешает привычка к внешнему и внутреннему контролю. Внешний контроль осуществляют лица, сопровождающие умирающего, поскольку они не допускают негативных эмоций, предпочитая иметь дело с дружелюбными и послушными пациентами. Многие имеют также сильный внутренний контроль, направленный против негативных эмоций, поскольку считают их недостойными христианина, и не решаются выразить свой гнев.

На этом этапе особенно тяжело приходится тем сопровождающим, кто слишком лично воспринимает вспышки гнева умирающего. Если вы не в состоянии воспринять вопрос “Почему это должно было случиться со мной?” как выражение муки и страха больного, вам придется искать на него другой, все объясняющий ответ, и вы не можете его найти. Место сочувственного восприятия больного заменяют

тогда многочисленные слова, которые не достигают больного в его страданиях и мешают ему выразить свои чувства. Если же сопровождающий, напротив, проникается чувствами больного так глубоко, что едва сохраняет способность поддерживать дистанцию между ним и собой, то поток чувств больного становится еще сильнее, пока он не утонет в нем. На этом этапе умирающие нуждаются в сопровождающих, которые готовы выслушивать их и иногда также переносить их беспричинный гнев, так как знают, что такое отношение помогает умирающему в те минуты, когда подавить свой гнев он не может. Если сопровождающий понимает чувства больного и свои собственные, он может помочь больному избежать депрессии.

3. Переговоры о продолжении жизни

После стадии отрицания реальности и последующего этапа взрыва эмоций следует этап переговоров. Подобно тому, как ребенок в ответ на отказ в выполнении его просьбы сначала бурно протестует, а затем пытается обойти этот отказ с помощью ловких ма-

невров, так и умирающие торгуются об отсрочке – например, с Богом. В качестве платы они могут предложить отдать свою жизнь Богу, например, посвятить оставшиеся годы своей жизни службе в церкви. В любом случае такие попытки переговоров очень естественны для человека и вполне нормальны.

Подобно тому, как для умирающего этап переговоров может закончиться духовной и религиозной “распродажей”, так и многие сопровождающие тоже ощущают свое духовное банкротство. Ответы, даваемые ими на важнейшие вопросы, оказываются непригодными не только для умирающего, но и для них самих. Если они участвуют в торговле, затеянной умирающим, то они подвергаются опасности усилить иллюзии больного, в то же время лишив его понимающего слушателя. Вместе с тем борьба с надеждой умирающего на какой-либо выход из ситуации полезна ему лишь тогда, когда она помогает ему перейти к следующему этапу.

4. Надежда; негативная и позитивная депрессия

Этап переговоров редко длится долго, поскольку развитие болезни и характер обращения с больным дают ему понять, в каком положении он находится. На это понимание он может реагировать реалистической надеждой или сомнением. Надежда в этом случае связана не с улучшением или развитием сложившегося положения, а с процессом умирания и жизнью после смерти. Речь идет о таких проблемах, как отказ от искусственного продления жизни любой ценой, надежда на освобождение от боли или возможность чувствовать в свой смертный час рядом с собой близкого человека. Если умирающий на этапе переговоров осознавал себя банкротом в области духа и веры, то единственной оставшейся ему реакцией является отчаяние, которое может проявиться либо как горечь стойка, либо как депрессивное состояние. Встречается две формы депрессии. Первая форма депрессии является реакцией больного на переносимые им потери, а именно изменения, постигшие его в резуль-

тате болезни, неспособность исправить совершенные им ранее ошибки, беспомощность, невозможность выполнять и далее свои обязанности, например, по отношению к семье. Другая форма депрессии связана с угрозой потери жизни и любимых людей. Она служит подготовкой к окончательному приятию больным своей судьбы и является частью предсмертного труда умирающего. Эта, вторая, форма депрессии, в отличие от первой, обычно протекает очень спокойно, если больному есть о чем рассказать, что обсудить и привести в порядок.

Если сопровождающему удастся быть с больным на этой стадии его духовного развития, то для него открываются различные возможности в борьбе против депрессии. При этом необходимо, чтобы сопровождающий контролировал свои собственные депрессивные проявления. На этом этапе умирающий открыто ищет человеческой близости сопровождающего, чтобы убедиться, что ни теперь, ни в будущем он не будет оставлен в одиночестве. Умирающий стоит теперь перед лицом

важнейших вопросов о прошлом и будущем. Сопровождающий может помочь ему разрешить семейные проблемы и урегулировать экономические и финансовые вопросы. Он может задуматься над вопросом о смысле жизни и молиться вместе с умирающим.

5. Приятие и прощание

На последнем этапе, этапе согласия со своей судьбой, умирающий предельно утомлен и слаб. Если он сумел выразить свои чувства и выполнить свой предсмертный труд, то у него возрастает потребность в покое и сне. Он достиг определенной степени покоя и хладнокровия, и круг его интересов сужается. Он может с одобрением сказать: "Да, вот и пришел мой последний час". Интеллектуальное проникновение в смерть соединяется с эмоциональной готовностью принять смерть. Если же отчаяние принесло умирающему чувства разочарованности и беспомощности, то он приветствует свою смерть как конец отчаяния и одиночества.

Помощь умирающему — его поддержка

Когда в жизнь человека входит смерть одного из его близких, большинство людей испытывают беспомощность и отчаяние. Как можно помочь умирающему? Достаточно ли помощи врача и квалифицированного ухода медицинской сестры? Какую роль играет при этом вера? Как человек, называющий себя христианином, может помочь другому человеку умереть достойно? Информация по этим вопросам содержится в книге митрополита Антония Сурожского "Жизнь, болезнь, смерть", М., 1995.

Формы помощи умирающему

- Одна из первых форм помощи умирающему состоит в хорошем уходе за ним. При этом имеется в виду не только профессиональная и техническая сторона дела. Наряду с профессионализмом речь идет о человеческих аспектах такого ухода. Нередко от тех, кто ухаживает за больными, приходится слышать, что они

хотели бы посвятить этой стороне дела больше времени и внимания, но времени на это у них не хватает... Человеческие аспекты ухода чаще по-настоящему воплощаются именно тогда, когда больной находится у себя дома, хотя домашний уход может быть не столь профессиональным. Нехватка профессионализма в этом случае компенсируется: как заметила Э. Кюблер-Росс (1970), "пара ложек давно знакомого домашнего супа может быть полезней для больного, чем инъекция в больнице..."

- Второй способ помощи умирающему состоит в преодолении физических страданий и боли. С помощью медикаментов врач может преодолеть или значительно ослабить практически любую боль, и это очень важно для больного...
- Еще более мучительными, чем физическая боль, могут быть эмоциональные страдания, вызванные предстоящим прощанием и расставанием с любимыми людьми. Поэтому очень важной формой

помощи умирающему является попытка в возможно большей степени уловить и принять на себя эти страдания, создавая вокруг умирающего атмосферу дружелюбия и сердечности. Менее правильной является такая форма помощи умирающему, когда его “защищают”, скрывая от него печальную правду о его состоянии.

- Четвертая форма помощи состоит в назначении врачом психотропных (успокоительных или возбуждающих) средств. Их применение позволяет в дальнейшем перейти к действительно глубокому, внутреннему преодолению эмоциональных проблем, перед которыми больной стоит на последнем этапе своей жизни. Бывает, что помощь умирающему требует отказа от попыток продлить его жизнь на еще некоторое время. В некоторых случаях процесс умирания длится очень долго, так долго, что возникает опасность, что больной будет уже не в состоянии справиться с таким положением из-за утомительности

процесса. В такой ситуации может оказаться вполне этичным (нравственным) взять на себя ответственность и отказаться от борьбы с одним из периодически возникающих смертельно опасных осложнений в ходе болезни, следствием чего будет приближение смерти больного. Как мы еще увидим, в интересах больного может быть разрешено и даже сочтено необходимым дать больному умереть от одного из таких осложнений. Применение пассивной эвтаназии (а речь идет именно о ней) в определенных случаях может считаться одной из форм помощи умирающему.

Поддержка умирающего

...Психологическая поддержка умирающего как оптимальная форма помощи состоит в том, что

1. с больным говорят о смертельном характере его болезни и связанных с этим чувствах неуверенности, страха, утраты, одиночества и скорби;
2. создаются такие взаимоотношения с больным, при которых с ним ведется честный, открытый разговор, благодаря которому мы оказываемся

в состоянии помочь больному на личностном, прежде всего эмоциональном уровне справиться со своим умиранием и умереть своей собственной смертью;

Многие придерживаются мнения, что если больной пытается обойти проблему своей смерти, то его отчуждение и глубокое одиночество усиливаются.

Такой взгляд подробно разработан в “Смерти Ивана Ильича” Л. Н. Толстого. Больные часто ощущают себя отчужденными от семьи, если семья не говорит им правды – правды, которая придаст им мужества. Такие врачи, как Вайсман и Хакетт из Гарвардского университета считают, что человеческая близость и тепло – единственное лекарство для умирающего, поскольку умирание – труд, который совершается в одиночестве.

Всем этим мы вовсе не хотим сказать, что врач должен в откровенной форме заявить больному, что он болен смертельной, неизлечимой болезнью и что он будет “освобожден” в течение месяца. У правды много лиц; каждое из них выступает тогда, когда оно нужно. Правда при таких обстоятель-

ствах не должна лишать больного последнего луча надежды. Надежда на улучшение никогда не исчезает совсем, даже тогда, когда излечение невозможно... Правда и надежда не исключают друг друга...

Вайсман и Хакетт считают, что больной, даже не узнавая ничего нового, часто замечает, что его семья неискренна с ним, вследствие чего ему приходится затрачивать значительную часть своей энергии на защиту чувств своих близких, вместо того чтобы положиться на их поддержку. Если знания о смерти полностью отстранены от больного, это лишает его наполненных смыслом отношений к себе самому, к своей семье и другим людям, которые что-либо значат для него.

Если больной не знает правды и не разделяет это знание с другими людьми, посещающими его, у него не может возникнуть с ними чувства общности. Большинству из нас уже приходилось переживать ситуации, в которых умирающий больной не знал правду о своем состоянии и наши отношения к нему могли иметь только поверхностный характер.

Л. Н. Толстой поднял эту проблему в “Смерти Ивана Ильича”: “Главное мучение Ивана Ильича была ложь — ... то, что не хотели признаться в том, что все знали и он знал, а хотели лгать над ним по случаю его ужасного положения и его самого заставляли принимать участие в этой лжи... И жить так на краю гибели надо было одному, без одного человека, который бы понял и пожалел его.”

Проблема: Правда у кровати больного

Х. Кр. Пайпер отмечает, что вопрос о правде у кровати больного связан не с основами и догмами, а является проблемой общения, связи между умирающим и сопровождающими. По Пайперу, речь идет не о том, имеем ли мы право сказать больному “это”, а о том, как мы вместе с ним можем нести бремя нашей судьбы (судьбы умирающего и связанной с ней нашей собственной). Такое “общение” и такая “солидарность” (близость) с больным врачом, медицинской сестры, духовника и близких могут помочь ему также и по мнению М. К. Бауерса, что под-

тверждает следующий пример из его книги. Когда одного тяжело больного посещал священник, произошел следующий разговор: “Господин священник, я знаю, что я тяжело болен, но я должен знать, насколько тяжело. Ни от кого здесь я не могу получить никакого прямого ответа. Если я умру, я должен знать об этом. Эта битва с тенями просто ужасна. Вы не стали бы мне лгать, господин священник?”

Священник ответил: “Да, вы очень тяжело больны. Но вопрос, который вы поставили, это вопрос медицины, ответить на который я не в состоянии. Но я знаю, как важен для вас ответ на него. Я попытаюсь поговорить об этом с доктором В.” Священник нашел врача в больнице и рассказал ему о своем разговоре с больным. Врач подумал некоторое время и сказал: “Будет лучше, если мы вместе поговорим с господином Т. Пойдемте к нему.”

У постели больного доктор В. открыто сослался на свой разговор со священником и на вопрос больного. Потом он сказал: “Я не говорил с вами подробно о возможном исходе вашей

болезни потому, что в вашей болезни много непонятого для меня. У вас затяжное воспаление почек, которое не поддается никаким обычным средствам лечения. Однако у вас довольно хорошая кровь, а сердце очень хорошо справляется с дополнительной нагрузкой. В такой ситуации могут произойти разные непредвиденные случайности, которые изменят развитие болезни в том или ином направлении. Мы делаем все, что можем, для разрешения этих проблем и боремся против инфекции всеми известными нам способами. Я сказал вам все, что знаю, и обещаю немедленно поставить вас в известность, если в вашем состоянии произойдут какие-либо существенные изменения. Однако до этого вы и ваш священник также можете оказать нам помощь, мы действительно нуждаемся в вас. Всегда спрашивайте меня обо всем, о чем хотите, и я всегда дам вам такой честный ответ, какой только смогу, согласны? Хорошо, что вы обратились с вашим вопросом. Я буду чаще заглядывать к вам.” После того как врач ушел, больной сказал священ-

нику: “Какое облегчение знать, как обстоят дела на самом деле. Просто ужасно, когда ничего не знаешь, а только лежишь и все время думаешь. Человек имеет право знать, что с ним происходит, разве нет?” Затем больной и священник поговорили еще некоторое время, после чего священник произнес короткую молитву за врача и за высвобождение всех целебных сил больного. Пациент заснул, и с этого момента началось постепенное ослабление воспаления. Вполне возможно, что этому способствовало освобождение больного от страха после того, как он узнал правду о своем состоянии.

Смерть в вере

Православный взгляд на смерть очень хорошо передан в беседе, состоявшейся в Свято-Димитриевском училище сестер милосердия в 1995 г. В беседе приняли участие: протоиерей Димитрий Смирнов, Дженис Морган Стронгс, психолог, профессор калифорнийской теологической семинарии и две православные гостьи из Голландии – Агнет Ван дер Блу и Элизабет Ван дер Ворт.

Дженис Стронгс:- В Америке есть врач Бруни Сигл, который занимался исследованием раковых больных. Он скорее терапевт, чем психотерапевт. Он сделал своего рода открытие: больные, у которых есть возможность поговорить о смерти со своими родственниками, у которых есть поддержка и понимание со стороны близких людей, приобретают психологический стимул и их состояние часто улучшается.

Очень серьезный вопрос – должны ли мы сообщать человеку, что он серьезно болен, что он умирает? Не в нашей человеческой власти определить, сколько человек еще проживет, но мы должны сказать о том обычном пути, который проходит всякий, страдающий данной болезнью. Человек должен представлять, что его ожидает. Прежде всего мы должны понять, готов ли больной услышать, что он смертельно болен.

Я могу поделиться личным опытом, рассказать вам о последних годах жизни моего отца. Он умер четыре года назад от рака легких. Когда он впервые узнал диагноз, ему было

очень трудно. Все мы не хотели верить этому, потому что отец всегда был очень здоровым человеком. Он стал изучать свою болезнь и выяснил, что от нее умирают 93 процента больных. Но ведь семь-то остаются жить, убеждал он себя, не желая примириться со смертью. Он сказал нам: “Я буду жить – сколько бы мне ни осталось!”

Я наблюдала, как отец проходил все ступени. И вся семья прошла их вместе с ним. Смертельно больной, он прожил еще три года, хотя обычно люди с такой болезнью живут не больше шести месяцев. Я думаю, что главная наша цель, когда мы беседуем с тяжелобольным, – чтобы оставшиеся ему дни не были мучительным кошмаром, а были бы жизнью. Чтобы смерть человека, если можно так сказать, была хорошей.

Мой отец успел подготовиться к смертному часу, у него была возможность попрощаться со всеми членами семьи, с родными и друзьями. За три недели до его смерти у нас перебывало очень, очень много людей. С каждым из детей, а нас было в семье пятеро, он провел столько времени,

сколько ему было нужно. У каждого из нас была возможность решить с ним все вопросы. Когда в последнюю ночь я сидела у его постели, он воздел руки к небу и сказал: “Господи! Я готов. Прими меня к Себе.” Я думаю, это была хорошая смерть. Хорошо, когда у человека есть время подготовиться к смерти. Хуже, если человек умирает неожиданно. Это всегда бывает трудно для семьи. В Америке при больницах созданы специальные группы психологической поддержки, куда родственники скорострительно умерших людей приходят поделиться своим горем, найти духовное утешение. Еще сложнее приходится семьям, где больной умирает очень долго и в страшных мучениях. Родные нередко думают про себя, что лучше бы он умер, чем так страдал. И от таких мыслей им еще тяжелее, они чувствуют свою вину перед умирающим. Таким семьям особенно нужна поддержка и помощь. И, главное, надо помочь самому больному приблизиться к Богу. Вопрос: – Что вы подразумеваете под словами “поговорить о смерти?” Дженис

Стронгс: – Прежде всего, нужно выслушать больного. Я помню одного умирающего человека. Он знал, что я прихожу поговорить с ним о смерти. Сначала он задавал вопросы: “Как происходит смерть? Что я буду ощущать?” – и тогда нужно попытаться описать сам процесс смерти от этой конкретной болезни. Потом у него возникли иные вопросы: “Почему заболел именно я? В чем моя вина?”- и тогда мой ответ: “Я не знаю, почему.” Сестра должна быть искренней, тогда у больного не будет ощущения запутанности и заброшенности. Важно посидеть у кровати больного, подержать его за руку. Стоит спросить, не нужна ли ему какая-нибудь помощь. И тогда он сам начинает говорить. Иногда просит позвать священника, иногда родственников.

Отец Дмитрий: – У вас очень интересный опыт, но русский менталитет отличается от американского. Неплохо каждому из нас иметь опыт и понимать, что происходит с больным. За пятнадцать лет мне пришлось много общаться с умирающими. Вопросы американцев к врачу, священнику,

отличаются от вопросов, которые задает умирающий в нашей стране. Здесь сказываются, с одной стороны, остатки православной традиции, которая еще жива у нас; с другой стороны – влияние безбожного мира.

Что нужно знать прежде всего: смерть и болезнь есть следствие греха – личного, собственного и нашего праотца Адама. Каждый человек обречен на болезнь и смерть. Это следствие нашей греховности. Болезнь – вещь страшная, трудная, часто внезапная, поэтому человеку очень трудно с ней согласиться. Но можно попробовать примириться. Ведь это попущено Богом каждому.

Больные часто спрашивают меня: “Умру ли я?” – “Умрешь не только ты, но и я, который сейчас стоит у твоей постели”, – отвечаю я в этих случаях. Для современного человека разговор о смерти очень страшен, само слово “смерть” табуировано у нас, на него как бы наложен негласный запрет. Каждую беседу надо начинать с разрушения оболочки страха вокруг слова “смерть”, нужно показать больному, что разговор о смерти не страшен.

Как правило, священника вызывают в тех случаях, когда точно знают, что больной обречен на смерть (сестры милосердия обычно попадают в несколько иную ситуацию). Важно, чтобы человек правильно воспользовался этим благодатным временем.

Я был знаком с одной монахиней – матушкой Иулианией, духовной дочерью отца Сергия Мечева. Она мечтала умереть от рака. “Замечательная болезнь, – говорила она, – дает время человеку подготовиться к смерти, и в то же время смерть следует неизбежно. Сразу же наступает пора серьезной подготовки к смерти”. Эти слова подтверждают, что если человек понимает природу, причину своей болезни, он понимает и всю благодатность этого тяжелого периода, этой личной Голгофы.

Нам нужно постараться каждого больного подвести к этой мысли, чтобы он воспринимал свою болезнь не как кошмар, а как некий со-путь со Христом.

Есть такая русская пословица: “Бог терпел, и нам велел”. Я всегда говорю ее тяжелобольному: “Тебе Господь дал болезнь, и Он поможет тебе ее

нести.” И тут же объясняю, что нужно для этого сделать. Надо вспомнить все, что не успел сделать. Это правильно, что человек должен закончить все свои земные дела, вплоть до составления завещания. Это тоже очень важное дело – оно дает спокойствие семье, потому что помогает избежать имущественного кошмара, ведь воля покойного священна. Для нас это пока ново, 70 лет не было принято писать завещания, так как государство всю собственность забирало. Но самое главное – это подготовка души. Я всегда говорю о том, что часто больные выздоравливают. Бывает, что болезнь длится и длится, а смерть не приходит. У меня есть дальний родственник, уже глубокий старик, который 26 лет живет с диагнозом “рак”. Как только он узнал о своей болезни, стал ходить в храм. Сейчас ему уже 90 лет, но он не умирает. Когда-то ему поставили диагноз “рак 2-й степени”. У него до сих пор есть раковые клетки, есть опухоль, есть метастазы, но они не развиваются.

Чудеса часто бывают, и если Богу угодно, он может любого, даже

самого тяжелого больного, исцелить. Об этом свидетельствует и Евангелие. Родным и сестрам я всегда советую читать больному Евангелие. Очень многие люди не слышали его. Бывает, читаешь Евангелие больному, а вся палата слушает. Это потому, что сердце больных очень восприимчиво к нему.

Но умирающий должен знать, что чудо совсем не обязательно явится на нем, что он может умереть в любой момент, и что он должен быть готов к смерти. Он должен понять, что смерть – самое важное дело на земле. Она должна быть действительно хорошей. Я всем, и верующим, и неверующим, говорю: “Тебя ожидает встреча с Богом. После смерти нет атеистов. Останется одна душа, которая пойдет на суд Божий.” К такому событию надо готовиться, и я объясняю, как. Прежде всего каждый человек перед Богом грешен. Грех – не обязательно поступок. Это состояние человека, который живет вне Бога. Нужно осознать свои грехи и покаяться.

Часто больные говорят, что они не умеют молиться. Я им говорю: “Ни-

когда не молился? Молись сейчас, сегодня. Закройся от всех простыней! Если тебе больно, проси Бога облегчить боль. Молись за врачей, чтобы Господь дал им разум, молись, чтобы родственники твои были милосердны. Проси о себе!” – и есть случаи, когда следуя этим словам, умирают не то что хорошо, но свято! Я помню, пришел к одному мужчине лет пятидесяти. Он исповедовался, наплакал слез полное махровое полотенце. Он был готов к этому, хотя никогда не был в церкви. Опыт болезни приближает к Богу. К священнику, к сестре милосердия больной обращен лучшей стороной. Мы в более выгодном положении, чем родственники. Но нужно помнить, что чувства больного обострены. Малейшая фальшь – и он закрывается.

В древнерусском языке слова “любить” и “жалеть” – синонимы. Мы забыли об этом. Нас учили, что жалость унижает человека, но это не так. Человек жаждет сочувствия, любви – это те двери, в которые мы будем нести ему слова о Боге и покаянии. Подлинная любовь не может оставаться без ответа.

И еще: здесь есть некая “корысть”. Если с помощью ваших больших и малых усилий человек умрет “хорошей смертью”, то знайте, что это самое важное на земле дело. Да, это есть умирание за други своя. Вы приобретаете молитвенника на небесах. Каждому больному нужно стараться служить, как самому Христу. Поэтому постарайтесь побороть в себе усталость, раздражение, гнев, задержитесь у постели тяжелобольного, вспомните, что сейчас вы делаете самое главное дело на земле.

Отец Димитрий: – Если мы христиане, мы должны быть мужественными. Сообщать о смерти должен тот человек, кто максимально способен на любовь к данному умирающему. Если это окажется сестра милосердия, слава Богу. Разговор зависит от того, с кем ты говоришь. Есть люди, которым нельзя прямо сообщить о смерти. Нужно думать, как он это воспримет. Нужно забегать, как шахматист, на восемь ходов вперед, иначе можно вовлечь больного в депрессию, хуже того – подтолкнуть к самоубийству.

Вопрос: – Кто конкретно определяет, что больной умирает? Если врач не говорит ему об этом, может ли сестра это сделать?

Дженис Стронгс: – В Америке врач сам говорит больному о смерти или о статистике смертности этого заболевания. Но больной продолжает задавать вопросы, и часто они обращены к сестре. Она должна знать, что ответить на них. Агнет Ван дер Блу: – В Англии на соборение больному о смерти – табу, в Голландии ситуация другая. Мы стараемся быть открытыми. Я очень внимательно прослушала две точки зрения. Здесь важна более всего любовь и забота. И еще важно понимать, что происходит с больным, нужно знать его психологический статус.

Вопрос: – Как беседовать в больным, который знает, что умрет, но отрицает это?

Отец Димитрий: – Если больной ведет себя истерично, я стараюсь говорить с ним шутливо. Наш диалог должен действовать, как психотерапевтическое лекарство. Если больной в депрессии – его надо подбодрить, если излишне возбужден – успокоить, если очень боится, говорить с ним о смерти как о

самой простой вещи. Если же он легкомыслен, я намеренно сгущаю краски. Больной сам “диктует” слова, которые мы ему потом скажем. Поэтому прежде, чем говорить, надо посмотреть на больного, “вникнуть” в него, подумать о нем и помолиться.

Вопрос: – Как поступить, если больной в бессознательном состоянии, в коме?

Отец Димитрий: – Прежде всего, нужно проверить, слышит ли он нас. Я в этих случаях прошу: “Если ты меня слышишь, подними руку. Не можешь руку – подними палец. Если и это не можешь – просто моргни.” Если же больной не реагирует, над ним нужно молиться. Вопрос: – Ваше отношение к хосписам?

Отец Димитрий: – Прежде чем говорить о явлении, нужно понять его истоки. У нас в стране хосписы появились потому, что богатая семья не хочет видеть, что происходит с умирающим человеком. За деньги они обеспечивают ему медицинский уход, а сами навещают его в удобное время. Хоспис, таким образом, учреждение вредное в том смысле, что лишает родственников труда, который может способствовать спасению их души. С другой стороны,

хоспис для создавшейся уже черствой ситуации – выход. Это холодно-вежливое учреждение есть протуберанец очерствевшего человеческого сердца. Всегда легче платить деньгами, чем своим сердцем.

Агнет Ван дер Блу: – Для русских нормально жить вместе с пожилыми родителями одной семьей, в Голландии старики чувствуют себя обузой для детей. Хоспис – это место, где люди имеют возможность не обременять семью. В нашей стране эти учреждения оплачиваются государством.

Дженис Стронгс: – В Америке хоспис – место, куда люди идут умирать. Людей помещают в больницы и хосписы, потому что в семье боятся смерти. Но надо понимать, что в хосписах работают хорошо подготовленные люди, которые действительно могут помочь умирающему. Я помню, как к отцу приходил человек из хосписа, и они подолгу беседовали. Это было очень полезно для него. Но вообще-то, я думаю, лучше всего, когда человек умирает дома, в кругу родных и близких. Общее горе, общие заботы благотворно действуют на всю семью.

Дженис Стронгс: – В нашей стране очень много людей, которые не имеют никакого представления о Боге, они никогда ни с кем не говорили на эту тему. Когда наступает момент для беседы с такими людьми, как начать разговор?

Отец Димитрий: – В нашей стране тоже много подобных людей. Но я всегда прихожу к больному в рясе. Понятно, что я буду с ним говорить о Боге. У сестер милосердия на лбу начертан крест, и их служение тоже специфически говорит о Христе.

Когда я был в Америке, меня удивило, что люди в очереди стоят почти в полутора метрах друг от друга. В России же отношения между людьми значительно проще, наша жизнь не так замкнута, как на Западе. Для нас значительно проще заговорить с человеком о том, что его волнует, о самых, казалось бы, сложных темах. Поэтому сходу заговорить о Боге с незнакомым человеком – для нас не трудно. Тем более, что наше служение к этому располагает.

В заключение, я еще хотел сказать, что многое приобретается только с опытом. Конечно, чтобы передать вам свой опыт, мы попытались его как-то схематизировать. На самом деле он не поддается схематизации. Главное, чтобы вы овладели основными принципами, чтобы ваш подход зиждился на фундаментальных основах веры. И чтобы была у вас Любовь и желание трудиться во Спасение.

11

Пожилой и старый человек

Расхожие мнения и предрассудки, касающиеся старых людей

Старение как развитие

Современная помощь престарелым

Учебные задачи

Для того, чтобы правильно осуществлять уход за больными, необходимо уметь:

- проявлять внимание к особенностям положения престарелых в обществе;
- быть знакомым с существующими в обществе предрассудками относительно стариков (на примере расхожих выражений);
- указать связь между этими предрассудками и исключением пожилых людей из активной жизни;
- назвать физические изменения, происходящие в организме пожилых людей, и связанные с ними психологические изменения;
- обосновать необходимость активизации пожилых и старых людей;
- объяснить стремление престарелых к более активной и достойной жизни в зависимости от конкретных условий;
- дать информацию относительно прав престарелых на различные виды помощи в соответствии с федеральными законами;
- перечислить различные формы помощи престарелым.

Расхожие мнения и предубеждения относительно старых людей

Что часто думают о стариках

Наверняка вам приходилось слышать, как сиделка утром приветствует свою пациентку фамильярным восклицанием “Ну, сегодня мы выглядим гораздо лучше!” Вы знаете также, как больные обычно реагируют на это. Такие способы обращения часто используют непонимающие люди, обращаясь к тем, кто зависит от них или чье положение в обществе не кажется им достаточно значимым.

Явными примерами такого отношения являются издевательские песенки, выражения и стереотипы отношения к пожилым и старым людям.

Постоянно приходится слышать такие пренебрежительные выражения, как:

- ... он же старый, что тут еще добавить.
- ... вы ведете себя как старая перечница.
- ... этих стариков не следует принимать всерьез.
- ... их можно не брать в расчет.
- ... оставьте его дотягивать его последние годочки.

Некоторые из нас часто бездумно повторяют подобные выражения, стишки и песенки о стариках. Они являются выражением общепринятой недооценки стариков. В соответствии с таким мнением, старый человек имеет меньше энергии и творческих сил, медленно усваивает все новое, его меньше любят и уважают, он в меньшей степени способен приспособляться к различным ситуациям и в большей степени зависит от помощи третьих лиц, он ориентирован на прошлое и чужд современной действительности. В издевательских песенках старикам приписываются определенные способы поведения и свойства (например, рост бороды у женщин, беспомощность при определенных физиологических процессах и т.д.), которые отражают искаженное представление о стариках, существующее в нашем обществе. Поскольку общество не признает старого человека своим полноправным членом, последний чувствует себя вынужденным все больше и больше отходить от жизни.



Рис. 101

Отход от жизни

Отход от жизни проявляется в еще большей степени, если пожилой человек исключается из трудовой жизни и становится тем самым, по мнению большей части нашего общества, бесполезным. Старики не работают,

другие, более молодые, должны обес­печивать их жизнь. “Старики имеют право продолжать жизнь, но в дей­ствительности они ни для чего не нужны. Не существует никакой важ­ной роли, которую они могли бы вы­полнять.”

Старики часто принимают от своего окружения такое определение их роли в обществе и пытаются к тому же оп­равдать его:

Они чувствуют, что общество пренебе­регает ими: “О нас, стариках, никто не заботится.”

Они отходят от жизни: “Мы всего лишь старый хлам.”

Они считают себя неспособными при­нимать участие в жизни: “В моем воз­расте этому уже нельзя научиться.”

Они прощаются с жизнью и ждут смер­ти: “Нам остается только умереть.”

Единственное, что обычно делают для стариков окружающие, – это попытки до некоторой степени смягчить для них самые тяжелые и болезненные сторо­ны такого отхода, что успокаивает со­весть отдельных людей и общества в целом. Например, построены специ­альные дома для престарелых, кото­рые, как кажется, имеют важные пре­

имущества для всех заинтересованных сторон (для стариков, членов их семей, общественности), но в то же время де­лают отход стариков от жизни оконча­тельным.

Информирование общественности о нижеприводимых фактах могло бы изменить ее сознание и тем самым противостоять существующей в на­шем обществе изоляции стариков.

Старение как развитие

Старение – не только биологический процесс. В докладе “Современное старение” (Сообщения о работе свя­щенников и общественности в Майнцском епископстве, № 3 (1973) 50) М. Айзенбах наглядно изображает об­щий процесс развития:

“Если взглянуть на предмет без пред­рассудков, то становится старше – как для десятилетнего ребенка, так и для шестидесятилетнего взрослого человека – означает прежде всего раз­виваться, изменяться, причем разви­тие не обязательно означает упадок или износ. Развитие можно понимать как столкновение с новыми жизнен­ными задачами, которые вытекают из изменившегося физического состоя­

ния человека, ожиданий и стереоти­пов его окружения и его собственных ожиданий и ценностей. Это означа­ет, что процесс развития ни в коем случае не определяется только био­логическими изменениями, а их сложным взаимодействием с измене­ниями социальными и изменениями в окружении человека. Все эти про­цессы вместе взятые определяют вза­имодействие человека с его собствен­ным положением.

Физиологические изменения

Физиологический процесс старения, которому с юных лет подвержен каж­дый человек, можно представить себе как процесс нарастающего высыха­ния тканей организма. Ткани при этом истончаются и лишаются эластично­сти. Постепенно накапливаются шла­ки, которые не могут быть полностью выведены; стягивание тканей приво­дит к образованию пространств, в которых накапливается омертвевшая ткань. Эти процессы приводят к тому, что все ткани тела теряют эластич­ность (у детей, например, кости ло­маются далеко не так легко, как у по-

жилых людей), органы тела выполняют свои функции с трудом, их работоспособность падает. Вместе с изменениями во внешнем виде происходит замедление всех физиологических процессов, сопровождающееся большим напряжением сил организма. Требования к сердцу становятся все выше. Из-за этого сердце быстрее устает и с трудом справляется с необычными для него нагрузками. Особенно тяжело переживаются нарушения работы органов чувств.

Важнейшие органы, с помощью которых мы воспринимаем мир, это глаза и уши. Глаза теряют способность фокусироваться на близко расположенных предметах; к тому же сужается поле зрения; это означает, что человек видит меньше из того, что происходит вокруг него.

Для слышания, особенно для различения высоких тонов, необходимо, чтобы косточки органов слуха колебались в такт; когда они теряют эластичность, человек перестает воспринимать высокие тона; различные шумы, например, одновременное звучание многих голосов, теперь различаются и воспринимаются хуже.

Эти ограничения не только сужают для пожилого человека возможности восприятия окружающего мира, но и делают его несколько недоверчивым, создавая у него впечатление, будто что-то стоит у него за спиной. Это, с одной стороны, может привести к чувству изоляции и к депрессивному состоянию, а с другой стороны, к тому, что окружающие начинают считать, что пожилой человек “намеренно” не обращает внимания на то, что его окружает. Все эти ограничения большей частью могут быть преодолены при помощи технических средств, например, очков и слуховых аппаратов. Для этого необходимо, чтобы их применение начиналось своевременно и под наблюдением специалистов.

Изменяется характер движений человека, уменьшается их амплитуда, изменяется ритм; исчезает так впечатляющая у детей потребность в неустанном движении. Все эти процессы определяются нашей наследственностью, но они не детерминируют с фатальной неизбежностью все бытие человека; их протекание носит индивидуальный характер и

не привязано жестко к определенному возрасту. Функции двигательного аппарата особенно сильно зависят от натренированности и активности человека. Человек должен быть внимательным к физиологическим изменениям в своем организме, но в то же время эти изменения находятся в зависимости от активности, опыта и внешних обстоятельств каждого конкретного человека.

Изменения работоспособности

В отличие от чисто физиологических функций, которые с возрастом изменяются по нарастающей, интеллект и работоспособность человека с возрастом могут даже увеличиться, что в значительной степени определяется его образованием и опытом. Уменьшению подвижности и замедлению реакции противостоит при решении новых задач все больший запас бесценного опыта. Таким образом, старый человек оказывается в состоянии изучать новое; он должен иметь в своем распоряжении достаточно времени для того, чтобы

использовать многократно опробованные им методы обучения, работать без помех и изучать новое не наизусть, а глубоко вникая в суть дела. Интеллектуальные возможности человека совсем не обязательно должны уменьшаться с возрастом, но они становятся качественно иными. Интеллект человека в гораздо меньшей степени зависит от календарного возраста, чем от его талантов, упражнений, здоровья, профессии и всей жизненной ситуации, в которой он находится.

Физическая работоспособность человека и его способность переносить нагрузки достигает максимума в возрасте от 20 до 40 лет, но их последующее уменьшение часто происходит незаметно, так как многие движения настолько хорошо освоены человеком, что становятся почти автоматическими (например, при вождении автомобиля).

Для некоторых видов деятельности, однако, уменьшение допустимых нагрузок и скорости реакции не может быть полностью скомпенсировано – особенно если этим видам деятельности человек научился сравнительно поздно; сам человек может не за-

метить происходящего, но в то же время описанные процессы могут привести к сложностям и даже угрозе для здоровья человека (поэтому более пожилые водители, например, должны чаще проверяться на профессиональную пригодность).

Предпосылкой сохранения работоспособности человека на долгие годы является его способность действовать в соответствии со своими изменившимися возможностями и уважение к этим изменениям со стороны окружающих (например, появляется способность видеть более широкую перспективу дела, большая точность и надежность). Для некоторых профессий (политик, предприниматель, руководитель) такое отношение само собой разумеется, для других следует приспособлять рабочие места к конкретным людям (вместо того чтобы, наоборот, человек приспособлялся к рабочему месту). Тяжело становится тогда, когда человек чувствует, что не может сделать того, что хочет, что он не имеет права делать то, что может, когда от него требуют результатов, не соответствующих его изменившимся способностям.

Изменения личности

Изменения в характере и всей личности человека еще в большей степени, чем изменения, обсуждавшиеся выше, определяются не возрастом, а другими факторами, такими как образование, социальное положение, удовлетворенность жизненной ситуацией и внешние влияния. Вследствие этого вряд ли можно говорить о “личности старого человека”.

Часто различие между двумя старыми людьми гораздо значительнее, чем между молодыми и старыми. Только с учетом этих ограничений мы решаемся сформулировать несколько особенностей, характеризующих старых людей:

Часто старение приводит к ограничению у человека запасов энергии. Это может привести к менее интенсивной эмоциональной жизни (менее интенсивные проявления чувств, смирение), к поиску стабильности в окружающей действительности (непривычное часто вовсе не воспринимается) и даже к экономному ограничению себя немногими социальными контактами.

В восприятии старых людей время движется гораздо быстрее, чем раньше (это происходит потому, что процессы жизнедеятельности у них протекают медленнее; потому, что знакомые события кажутся более быстротечными, а также потому, что временные интервалы кажутся пожилым людям меньше по сравнению с продолжительностью уже прожитого ими времени).

Старение может, таким образом, сочетать в себе позитивные и негативные черты, приводя человека, с одной стороны, к более ясному пониманию мира и выделению самых существенных вещей, и, с другой стороны, к огрублению и притушению чувств; рядом со спокойствием, жизненной мудростью, внутренним покоем могут стоять равнодушие и отсутствие интересов; мудрость может превратиться во всезнайство и твердолобость; стремление сохранять то, что доказало свою ценность, может перерасти в скупость и почти болезненную страсть ни в чем себе не отказывать. Прежде чем приписать подобные свойства пожилому человеку, следует спросить себя, в какой

степени эти свойства являются реакцией человека на внешние обстоятельства. Человек, переживший многочисленные жизненные разочарования, например, с трудом может восхищаться чем-либо и легко проявляет недоверие; если деньги – единственное, что придает человеку какой-либо авторитет, это тоже надо принимать во внимание; если дряхлость человека или его неспособность ориентироваться в непривычных для него ситуациях вызывают у окружающих только сочувствие, при котором пожилого человека просто терпят, то вполне естественно для такого человека замкнуться в своих четырех стенах; если человек всю свою жизнь делал только то, что предписывалось ему другими, то теперь ему трудно развить собственные мысли и инициативы.

Физические и психологические изменения вызываются также внешними обстоятельствами, как, например:

– концом профессиональной деятельности (уходом на пенсию) в 60 или 65 лет; в большинстве случаев при этом теряются дорогие для человека социальные контакты с коллегами по работе и знакомыми;

– взросление детей и переход их к самостоятельной жизни, которое часто сопровождается территориальным отделением детей от родителей и появлением у них недоступных для родителей сфер жизни.

В этом разделе программы вы узнали, что

– в физическом и душевном состоянии пожилого человека происходят изменения;

– эти изменения происходят во всех жизненных сферах;

– старение и жизнь старых людей являются результатом не только биологического развития, но находят­ся в связи со всем позитивным и негативным жизненным опытом человека.

Современная помощь престарелым

Активизация пожилых людей

Описанные выше изменения в жизни пожилого человека не должны с неизбежностью приводить к разочарованности и одиночеству; более того, пожилые люди сохраняют стремление и возможность также и на этом этапе своей жизни целенаправленно и активно участвовать в жизни.

Ученые доказывают эту точку зрения.

– Опросы пожилых людей показывают, что и в этом возрасте они хотят ставить перед собой новые цели и осуществлять их; например, у многих возникает

- желание по-новому оформить свое жизненное пространство;
- желание участвовать в определении распорядка дня в доме для престарелых.

– исследования памяти пожилых людей показывают, что они не так быстро учатся, как более молодые, но не уступают им в способности устанавливать связи между явлениями. В этом пожилые даже превосходят молодых.

По данным науки, пожилые люди со-

храняют способность к дальнейшей активной жизни:

- пожилые люди могут сами ставить перед собой новые цели и способны осуществлять их;
- пожилые люди могут научиться новому;
- пожилые люди могут поддерживать и искать контакты.

Поэтому ответственные представители различных институтов, групп и отдельные лица должны создать для них возможность и дальше активно участвовать в жизни.

Конкретно это означает:

Сохранение и улучшение жилищных условий → делает возможным самостоятельность и активность

Надежный и достаточный уровень доходов → создает возможность независимости

Гибкость в определении границ возрастных групп → создает дополнительные возможности трудовой активности в пожилом возрасте

Создание возможностей для контактов → обеспечивает новые отношения и переживания

Самоопределение и самостоятельная ответственность за свой образ жизни → поощряет самостоятельность и повышает самооценку

Получение пожилыми людьми дополнительного образования → усиливает готовность к обучению и активность в обучении

Стремление привлечь пожилых людей к активному участию в жизни означает, что привычные формы помощи престарелым должны быть пересмотрены в своих основах. Каждое мероприятие по социальному обслуживанию престарелых

должно требовать их участия в мероприятии в качестве активных партнеров. Следует избегать опасности превращения пожилого человека в пассивный и зависимый объект социального обслуживания.

Существует много различных возможностей, которые могут сделать жизнь в старшем возрасте достойной и наполненной. Мы приводим несколько высказываний, которые обращены также и к нашим пожилым читателям.

Ознакомьтесь с приведенными ниже инициативами. Внесите ваши предложения, соответствующие этим идеям.

1. Маленький курс лечения в городском парке

Когда вы в последний раз ходили гулять?

2. Положа руку на сердце – скорее на веса

Кто меньше весит, больше получает от жизни.

3. Особенное лекарство – чистая вода

Переменные ванны расшевелият вас.

4. Ухоженная внешность придает бодрость и радость жизни

И ваша кожа порадует регулярному уходу.

5. Научиться плавать в 65 – почему бы и нет?

Оставайтесь в движении – сердца лентяев бьются не так долго.

6. Не бойтесь поломать себе голову!

Чем больше вы тренируете свой мозг, тем лучше он работает.

7. Заведите себе хобби...

Оседлав своего конька, вы и в старости возьмете все барьеры.

8. Слишком много времени в одиночестве? Другие ждут вас.

И у вас много возможностей познакомиться с новыми людьми.

9. Телевизор? – Да, но не весь вечер

Пусть ваши вечера будут более разнообразными.

10. Ты пишешь мне – я пишу тебе.

Покажите хороший пример – напишите письмо.

11. Что может вам дать “инспектирование” вашего жилья?

Новое ощущение от жилья – больше места, больше жизненного пространства, больше уюта.

12. Совершите новые открытия в вашей местности.

Для людей, которые никуда не спешат, всегда найдется что-то интересное.

13. Из вашей газеты вы можете узнать намного больше...

Кто получает подробную информацию, может информировать других.

14. Отпуск бывает у всех

... и у вас тоже!

15. Не робеть – спросить совета!

Даже в вашем особенном случае можно найти помощь.

Сравните ваши предложения с теми, которые мы даем на следующей странице.

Возможные ответы

1. Пешая прогулка, рассматривание витрин
2. Двигательные упражнения
3. Ванна, душ, водолечение
4. Уход за кожей и телом, интерес к одежде и внешнему виду
5. Плавание, гимнастика, спорт
6. Коллективные игры, загадки
7. Хобби: садоводство, рукоделие, рисование
8. Клубы для пожилых, телефонные цепочки, встречи пожилых
9. Телевидение, театр, концерты, музеи
10. Переписка, обмен фотографиями
11. Переоборудование квартиры, освобождение от хлама
12. Обнаружение изменений в жизни города/деревни (новые здания, новые названия улиц)
13. Газеты, журналы, библиотеки
14. Групповые поездки, специальный отдых для пожилых, отпуск для пожилых
15. Консультации по всем вопросам повседневной жизни в социальном ведомстве или в добровольных благотворительных организациях.

Еще раз прочитайте ваши ответы и ответы, приведенные нами, и проверьте, способствуют ли эти инициативы активному участию пожилых людей в жизни общества.

Положения закона

Оказывать пожилому человеку помощь, в которой он нуждается, – одно из старейших и основных социальных требований. Система социальной помощи есть почти во всех развитых странах и эта помощь в той или иной степени гарантируется Законом.

Право на социальное обеспечение складывается из права на получение денежных выплат (пенсий, пособий) и права на социальные услуги. Последние призваны удовлетворить особые потребности граждан, обусловленные ограничением жизнедеятельности в силу причин, признаваемых государством социально значимыми, в том числе и по возрасту. Государство стремится развивать многоуровневую систему социального обслуживания: государственную (федеральную, субъектов Российской Федерации), муниципальную и частную.

Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. “Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации” социальное обслуживание определяется как деятельность социальных служб по соци-

альной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг, материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Закон от 2 августа 1995 г. “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” говорит о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов как о деятельности по удовлетворению их потребностей в социальных услугах, указывая направление и объем деятельности социальных служб. При этом отмечается, что социальное обслуживание ориентируется на индивидуальные потребности граждан, обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и на приоритет мер по социальной адаптации. Государство гарантирует гражданам право на социальное обслуживание в государственной системе социальных служб по основным видам, определенным Законом от 10 декабря 1995 г. Гражданам пожилого возраста и инвалидам обеспечивается возможность

получения достаточных для удовлетворения их основных жизненных потребностей социальных услуг, которые включаются в федеральный и территориальный перечни гарантированных государством социальных услуг. Социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания. Государственные стандарты утверждаются Правительством Российской Федерации и являются обязательными для социальных служб независимо от форм собственности на всей территории Российской Федерации. Социальные услуги оказываются лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации. Последняя раскрывается как объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина ситуация, которую он не может преодолеть самостоятельно. Это инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства,

конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное. Право на социальные услуги граждане пожилого возраста и инвалиды имеют лишь при определенных условиях. Они должны быть инвалидами либо иметь пожилой возраст (женщины – старше 55, а мужчины – старше 60 лет). Пожилые люди должны нуждаться в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению.

Законом регламентируются главным образом услуги стационарных учреждений социального обслуживания (домов-интернатов), а так же социально-бытовые услуги.

Социальное обслуживание осуществляется, как правило, при условии добровольного согласия граждан пожилого возраста и инвалидов. Согласие выражается в письменной форме. В случае если лицо признано недееспособным, заявление должно быть подано его законным представителем.

Граждане пожилого возраста и инвалиды могут помещаться в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия. Такое возможно если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или их законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности или признаны в установленном порядке недееспособными. Помещение в учреждение осуществляется на основании решения суда по представлению органов социальной защиты населения.

Отсутствие возможности самостоятельно удовлетворять свои потребности и ухода со стороны родственников не всегда является достаточным основанием для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания. Это может иметь исключительный характер только в том случае, если органы социальной защиты по объективным причинам не готовы предоставить комплекс услуг по надомному обслуживанию (удаленность от места нахождения учреждений, предоставляющих эти услуги, отказ от надомного обслуживания).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 ноября 1995 г. № 1151 утвержден Федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, разработанный в соответствии с Законом “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”.

Перечень включает разделы:

- услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в стационарных учреждениях социального обслуживания (материально-бытовые услуги, услуги по организации питания, быта, досуга, услуги, связанные с социально-трудовой реабилитацией, правовые услуги, содействие в организации ритуальных услуг);
- услуги, предоставляемые на дому гражданам пожилого возраста и инвалидам, нуждающимся в посторонней помощи вследствие частичной утраты способности к самообслуживанию (услуги по организа-

ции питания, быта и досуга, социально-медицинские и санитарно-гигиенические услуги, правовые услуги, содействие в организации ритуальных услуг);

- дополнительные услуги, оказываемые специализированными отделениями помощи на дому, создаваемыми в муниципальных центрах или при органах социальной защиты населения (социально-медицинское обслуживание на дому);
- услуги, предоставляемые отделениями срочной социальной помощи, создаваемыми при органах социальной защиты населения, или муниципальными центрами социального обслуживания (оказание разовых услуг остро нуждающимся в социальной поддержке);
- услуги, предоставляемые в полустационарных условиях (отделения дневного (ночного) пребывания, создаваемых в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения), в том числе для лиц без определенного места жительства (услуги по организации питания, быта и досуга,

социально-медицинские услуги, правовые услуги).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 1996 г. № 473 во исполнение Закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” утверждено Положение о порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому, в полустационарных и стационарных условиях государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания. Ежемесячный размер частичной оплаты социальных услуг, предоставляемых на дому, не должен превышать: для одиноких граждан (одиноких супружеских пар) и для граждан, имеющих родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход, – 25 процентов от разницы между получаемой этими гражданами пенсией и прожиточным минимумом; для граждан, проживающих в семьях, – 25 процентов от разницы между среднедушевым доходом семьи и прожиточным минимумом для данного региона. Ежемесячный

размер частичной оплаты социальных услуг, предоставляемых в полустационарных условиях, не должен превышать 50 процентов от разницы между получаемой пенсией или доходом и прожиточным минимумом, установленным для данного региона. Ежемесячная оплата социальных услуг, предоставляемых в стационарных условиях, производится в размере превышения полагающейся к выплате пенсии гражданам пожилого возраста и инвалидам в соответствии со статьями 72 и 122 Закона РСФСР “О государственных пенсиях в РСФСР” или среднедушевого дохода семьи граждан пожилого возраста и инвалидов над прожиточным минимумом, установленным для данного региона. Стоимость социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам учреждениями социального обслуживания, определяется из тарифов на платные социальные услуги, установленных для данного региона. При оказании социальных услуг на условиях частичной или полной оплаты учреждения социального обслуживания

обязаны заключать с гражданами пожилого возраста и инвалидами или с их законными представителями договоры установленной формы, определяющие виды и объем предоставляемых услуг, сроки, в которые должны быть предоставлены услуги, а также порядок и размер их оплаты.

Согласно упомянутому Положению граждане пожилого возраста и инвалиды или их законные представители подают в учреждение социального обслуживания заявление о предоставлении социальных услуг и предъявляют наряду с другими документами справку о размере пенсии, выданную органом, осуществляющим пенсионное обеспечение. Граждане, проживающие в семьях или имеющие родственников, обязанных в соответствии с действующим законодательством их содержать, представляют также справку органов местного самоуправления или жилищно-эксплуатационных предприятий о составе семьи с указанием даты рождения каждого члена семьи и родственных отношений; справки с места работы (службы,

учебы) каждого члена семьи (родственника) о размерах заработной платы и других доходов.

Решение об условиях оказания социальных услуг (бесплатно, с частичной или полной оплатой) и размер взимаемой с граждан пожилого возраста и инвалидов платы за социальные услуги пересматриваются администрацией учреждений социального обслуживания при изменении размеров пенсий граждан пожилого возраста и инвалидов, надбавок к пенсиям, среднедушевого дохода семей, в которых они проживают или проживали до поступления в стационарное учреждение социального обслуживания, прожиточного минимума в данном регионе, а также других обстоятельств, влияющих на условия предоставления социальных услуг, не реже двух раз в год.

Федеральные законы предусматривали полный комплекс самых разных услуг для пожилых граждан. Вместе с тем закон может быть оценен положительно тогда, когда устанавливаемые права реальны для каждого, кого они касаются. Между тем далеко не все нуждающиеся гражд-

дане могут получить необходимые социальные услуги, зачастую из-за недостатка финансовых средств, необходимых помещений, оборудования, специалистов (например психологов) и прочих ресурсов, без наличия которых законы не могут быть реализованы. Определение источников ресурсного обеспечения социального обслуживания, достаточного для удовлетворения потребностей нуждающихся пожилых граждан, можно отнести к наиболее актуальной проблеме реализации законодательства в этой сфере.

Создававшаяся в России в течение многих десятков лет сеть стационарных учреждений социального обслуживания к началу 1997 года насчитывала 1061 дом-интернат, где большинство проживающих – пожилые люди (87 процентов).. Обеспеченность местами в этих учреждениях по регионам оказалась различной. Наиболее развита сеть домов-интернатов в европейской части страны. Очередь в дома-интернаты продолжает расти и составляет около 12 тыс. человек по сравнению с 9,7 тыс. человек в

1995 году. Подавляющее число очередников – пожилые люди.

Рост очередности объясняется невозможностью самостоятельно прожить на пенсию, отсутствием родственников, способных обеспечить уход на дому, появлением большого числа брошенных детьми стариков, желанием некоторых “новых русских” поместить своих престарелых родственников в социальные учреждения, ощущением незащищенности от посягательств криминальных элементов.

Свыше 70 процентов проживающих в стационарах граждан по состоянию здоровья находятся на постоянном постельном режиме. Поэтому требуется создание особых условий для их обслуживания, соответствующее оснащение койка-места (функциональная кровать, противопролежневый матрац).

В ряде нормативных актов в значительной мере принимаются заслуги пожилых граждан, а также предусматриваются дополнительные гарантии прав отдельных категорий граждан в сфере социального обслуживания (законы “О статусе военнослужащих”, “О ветеранах”, “О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации

вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС”).

С учетом заслуг по защите Отечества, безупречной военной службы и продолжительного добросовестного труда Законом “О ветеранах” установлены следующие категории ветеранов: ветераны Великой Отечественной войны; ветераны боевых действий на территориях других государств; ветераны военной службы; ветераны органов внутренних дел, прокуратуры, юстиции и судов; ветераны труда. Им предоставлены дополнительные права и льготы:

- по пенсионному обеспечению, налоогообложению, выплате пособий в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- по получению, приобретению, строительству и содержанию жилых помещений;
- по коммунально-бытовым услугам и торговому обслуживанию;
- по медицинскому, протезно-ортопедическому обслуживанию, санаторно-курортному лечению, обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;

- по обеспечению транспортными средствами и оплате проезда;
- по трудоустройству, обучению, переподготовке и условиям труда;
- по пользованию услугами учреждений связи, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений;
- по получению услуг учреждений социального обслуживания, социальной и юридической помощи.

Наиболее многочисленной категорией ветеранов являются ветераны труда. Ими признаются лица, награжденные орденами или медалями, либо удостоенные почетных званий СССР или Российской Федерации, либо награжденные ведомственными знаками отличия в труде и имеющие стаж, дающий право на пенсию по старости или за выслугу лет. Ветеранам труда предоставляются, в частности, льготы по бесплатному проезду на всех видах городского пассажирского транспорта, сезонная скидка со стоимости проезда на железнодорожном и водном транспорте пригородного сообщения, скидка в оплате занимаемой общей площади жилых помещений, коммунальных услуг, оплате топлива.

Сегодня различными льготами в денежном и натуральном выражении пользуются около 70 процентов всех получателей пенсий. С учетом льгот, предусмотренных Законом “О ветеранах”, численность их увеличилась.

Порядок оказания бесплатной юридической помощи ветеранам и пожилым людям при гражданском судопроизводстве в настоящее время не определен. Лица пенсионного возраста формально наделены равными правами со всеми другими категориями населения, но целый ряд факторов, связанных с их пожилым возрастом, препятствует полноценной реализации и защите ими своих прав и законных интересов. Отсюда неизбежно следует то обстоятельство, что для пожилых людей возможность социальной адаптации в новых экономических условиях представляет значительно большие сложности, чем для других возрастных групп населения. Актуальна на сегодняшний день проблема обеспечения пенсионеру помощи в юридическом консультировании, в выборе того или иного договора, оказания содействия при его заклю-

чении, защиты пенсионера от возможных злоупотреблений со стороны иных лиц.

Более или менее широкий перечень правовых услуг предоставляется в настоящее время лишь тем гражданам пожилого возраста и инвалидам, которые проживают в стационарных и полустационарных учреждениях социального обслуживания. Перечень услуг проживающим, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 25 ноября 1995 г. № 1151, включает помощь в оформлении документов; оказание помощи по вопросам пенсионного обеспечения, предоставления других социальных выплат; содействие в получении установленных действующим законодательством льгот и преимуществ; содействие в получении консультативной помощи; обеспечение представительства в суде с целью защиты прав и интересов; содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном действующим законодательством.

О федеральной целевой программе "Старшее поколение" на 1997-1999 годы

Министерство Здравоохранения Российской Федерации.
Приказ № 312 от 27 октября 1997 г.

Введение

Старение населения - объективный общемировой процесс. Это побудило мировое сообщество сформировать особую систему взглядов на данное социальное, экономическое и культурное явление. Принципы ООН в отношении пожилых лиц "Сделать полнокровную жизнь лиц преклонного возраста" (1991 год) предусматривают обеспечение им независимости, возможности участвовать в социальном развитии, ухода, условий для реализации внутреннего потенциала и сохранения достоинства. Принято решение о проведении в 1999 году Международного года пожилых людей под девизом "По пути к обществу для людей всех возрастов".

Россия, активно участвуя в развитии международного сотрудничества в социальной области, в частности по разрешению проблем пожилых людей, поддержала указанные Принципы

ООН и решение о провозглашении 1999 года Международным годом пожилых людей.

Свыше 30 млн. россиян, достигнув установленного пенсионного возраста по старости, принадлежат к старшему поколению. Переход России к рыночным отношениям сопровождается ухудшением "социального самочувствия" большинства пожилых людей, оказавшихся среди малообеспеченных. Ограничения, обусловленные возрастом, не позволяют им утвердиться в качестве полноправных участников преобразований. Так как пожилые люди и в перспективе останутся одним из наиболее многочисленных социально-демографических слоев населения России, возрастает ответственность государства перед ними.

Федеральная целевая программа "Старшее поколение" на 1997-1999 годы (далее именуется - Программа)

подготовлена во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 883 "О федеральной целевой программе "Старшее поколение" на 1997- 1999 годы".

Программа разработана Министерством труда и социального развития Российской Федерации при участии ряда заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и организаций. Учтены предложения субъектов Российской Федерации.

Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами

В Российской Федерации наблюдается устойчивый рост в составе населения доли граждан старшего поколения (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет): 1959 год - 11.8 процента, 1970 год - 15.3, 1979 год - 16.3, 1989 год - 18.5, 1996 год - 20.5 процента. В городах этот показатель достигает 19.4 процента, а на селе - 23.3 процента.

В настоящее время по сравнению с 1959 годом число людей в возрасте 75 лет и старше увеличилось в 2.6 раза, а число людей в возрасте 85 лет и старше - более чем в 3 раза при незначительной доле очень старых людей в составе населения. Более чем в 6 раз увеличилось число людей в возрасте старше 85 лет в городских поселениях.

В 1995 году отмечена высокая демографическая нагрузка: на 100 человек трудоспособного возраста приходится 75 нетрудоспособных по возрасту, в том числе лиц старше трудоспособного возраста - 35.9. В 1959 году в демографической нагрузке (71.3) люди пенсионного возраста составляли 20.2.

Доля граждан старшего поколения колеблется в широком диапазоне по регионам России. Факторы, способствовавшие старению населения, особенно проявились в европейской части страны (Северо-Западный, Центральный, Волго-Вятский и Центрально-Черноземный районы). В меньшей степени этими процессами были затронуты Урал, Западная и Восточная Сибирь, Дальний Восток.

Ряд регионов России, отнесенных к неблагоприятным по социально-экономическому положению, входит в состав экономических районов с наиболее высокой численностью пожилого населения и высокой демографической нагрузкой.

В 36 регионах России доля пожилых людей превышает среднероссийский показатель. Наиболее сложная ситуация наблюдается в тех регионах, где этот показатель составляет от 25 до 27.1 процента (Ивановская, Рязанская, Тамбовская, Курская, Псковская, Тверская, Тульская, Воронежская области). Выше средней величины доля пожилых людей в составе сельского населения отмечается в 32 регионах страны. В ряде территорий показатель численности сельского населения в возрасте старше трудоспособного достигает максимальных значений - от 294 до 357 на 1000 человек (Смоленская, Тульская, Нижегородская, Белгородская, Липецкая, Ярославская, Орловская, Тамбовская, Новгородская, Калужская, Воронежская, Тверская, Брянская, Псковская, Курская, Рязанская области. Республика Мордовия).

Обостряется проблема более низкой продолжительности жизни мужчин по сравнению с женщинами. В настоящее время российские женщины в городах живут дольше мужчин на 13.3 года, а сельские - на 13.8 года. В некоторых областях Центрального района (Владимирская, Рязанская, Тульская, Ярославская области) разница превышает 16 лет. Доля одиноких женщин в возрасте от 70 лет составляет более 80 процентов от общего числа женщин этого возраста.

У пожилых людей уровень заболеваемости в 2 раза, а в старческом возрасте - в 6 раз выше в сравнении с уровнем заболеваемости лиц более молодых возрастов. До 80 процентов пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи. Более 70 процентов указанных лиц имеют четыре-пять хронических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем, органов дыхания, кроветворения и пищеварения, нарушения зубочелюстной системы. Две трети пенсионеров оценивают состояние своего здоровья как не вполне удовлетворительное или неудовлетворительное. Нарушения здо-

ровья пожилых людей не в полном объеме компенсируются социальными мерами.

Главным источником дохода большинства пожилых россиян остается пенсия. В 1996 году в целом по России средний размер ежемесячной пенсии составлял около 37 процентов средней заработной платы, поэтому по уровню материального положения значительную часть пожилых людей можно отнести к категории “традиционно бедных”.

Соотношение среднедушевых доходов домохозяйств пенсионеров и величины прожиточного минимума в 1996 году составило 169.6 процента (1990 год - 272 процента, 1994 год - 146 процентов). Заметно возрос среднедушевой денежный расход домохозяйств пенсионеров (IV квартал 1995 г. - 262.9 тыс. рублей в месяц, IV квартал 1996 г. - 422.6 тыс. рублей в месяц).

Наиболее тяжелым становится материальное положение пенсионеров в возрасте 61-65 лет, что связано с падением уровня доходов в связи с выходом на пенсию мужчин, и в возрасте 71-75 лет, когда резко возрастает

доля одиноких пожилых. Сокращается численность работающих пенсионеров.

Активность пожилых людей в поисках дополнительных источников пополнения своего бюджета реально ограничивается возрастными нарушениями здоровья, отсутствием у большинства пенсионеров собственности, позволяющей получать доходы. Лишь незначительная часть пенсионеров имеет прибыль от дивидендов, сдачи в аренду жилья, автомобиля и другой собственности.

Восприятие пожилыми людьми экологических, социальноэкономических факторов как угрозы здоровью и благополучию приводит их в число мигрантов. Численность пенсионеров по старости среди беженцев и вынужденных переселенцев достигает 15 процентов их общего числа. Около половины из них - одинокие пожилые люди, которые не в состоянии самостоятельно обустроиться на новом месте жительства и вследствие этого нуждаются в социальном патронаже. Новые реальности требуют пристального внимания к лицам без определенного места жительства

и занятий, среди которых 15-20 процентов составляют пожилые люди. Лишенные жилья, постоянного дохода и прочных социальных связей, они пополняют беднейшие слои населения, оказываются носителями повышенной санитарно-эпидемиологической опасности и в своем большинстве криминогенно активны.

Анализ положения пожилых людей по наиболее общим социальнодемографическим и экономическим характеристикам свидетельствует о наличии основных проблем пожилых граждан России: неудовлетворительное состояние здоровья, малообеспеченность, одиночество. Уровень и качество их жизни значительно ниже, чем у трудоспособной части населения.

1996-2006 годы будут характеризоваться дальнейшими изменениями возрастной структуры населения. Доля лиц пожилого возраста предполагается стабильно высокой (на уровне 20 процентов общей численности населения страны; в городах она увеличится до 19.8 процента, а в сельской местности уменьшится до

20.2 процента). В связи с этим многообразие и сложность социальных проблем, обусловленных старением населения страны, имеют долгосрочный характер.

Высокая численность пенсионеров России приводит к усилению их роли в социальном развитии, повышению требований в отношении предоставления социальных гарантий во всех сферах жизнедеятельности. Среди мер, способствующих усилению социальной защиты пожилых граждан России, можно отметить положение федеральных законов “О ветеранах”, “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”, “О погребении и похоронном деле”, указов Президента Российской Федерации и постановлений Правительства Российской Федерации по жизненно важным для пожилых людей вопросам, мероприятия по улучшению пенсионного обеспечения.

Дальнейшее решение проблем пожилых людей находит отражение в ряде федеральных целевых программ (федеральная комплексная программа “Социальная поддержка инвалидов”, Федеральная целевая программа по

усилению борьбы с преступностью на 1996-1997 годы, Федеральная миграционная программа на 1996-1997 годы и другие). Субъекты Российской Федерации с учетом экономических возможностей осуществляют мероприятия по решению проблем граждан старшего поколения главным образом в рамках региональных программ социально-экономического развития, социальной поддержки населения, целевых программ “Ветеран”, “Забота” и других.

Однако острота проблем пожилых людей, особенно на стыках различных отраслей социальной сферы, сохраняется и требует принципиальных решений и целенаправленных действий государственных органов по упрочению социальной защищенности граждан старших возрастных групп (пожилые, старые, долгожители). Решение такого рода задач возможно лишь в рамках федеральной целевой программы с применением комплексного подхода.

В основу этой деятельности должны быть положены следующие основные принципы: предупреждение причин, порождающих проблемы

пожилых людей; содействие практической реализации прав и законных интересов пожилых граждан; дифференциация подходов к разрешению проблем различных групп пожилых людей на основе учета факторов социального риска, влияющих на их положение; адресность при предоставлении социальной поддержки с приоритетом содействия пожилым гражданам в ситуациях, угрожающих их здоровью и жизни; развитие взаимодействия между поколениями в семье и обществе; содействие созданию и эффективному функционированию объединений пожилых людей для наилучшей интеграции граждан старшего поколения в процесс социального развития; учет изменений в структуре населения в социальной политике и практике.

Необходимость обозначить на федеральном уровне приоритеты работы государственных структур, направленной на решение проблем граждан старшего поколения, создание им благоприятных условий для реализации прав и законных интересов, полноценного участия в обществен-

ной, экономической, культурной и духовной жизни, находит отражение в данной Программе.

Основные цели и задачи

Основной целью Программы является формирование взаимоувязанных организационных, правовых, социально-экономических условий для осуществления мер по улучшению положения граждан старшего поколения и упрочению их социальной защищенности с учетом современной социально-демографической и социально-экономической ситуации и прогнозируемой долговременности процесса старения населения России.

Указанная цель складывается из отраслевых целей федерального и регионального значения, достижение которых будет способствовать повышению уровня и качества жизни пожилых людей, реализации личностного потенциала, созданию им возможности осознавать себя полноправными участниками проводимых преобразований.

Предусматривается решение на программно-целевой основе сле-

дующих приоритетных задач федерального уровня:

- формирование основ общероссийской стратегии в отношении старения населения на среднесрочную и долгосрочную перспективу и подготовка к проведению в Российской Федерации Международного года пожилых людей (1999 год);
- повышение эффективности механизмов нормативного регулирования в сфере защиты прав и интересов, охраны здоровья, сильной занятости и социального обеспечения пожилых людей, предоставления им разносторонней помощи и услуг в целях устранения и предупреждения любых форм их дискриминации;
- обеспечение информированности граждан о положении пожилых людей и о мерах по улучшению подготовленности к жизнедеятельности при наступлении старости;
- оптимизация действующей системы профилактики заболеваний, увеличение объемов и повышение качества оказания квалифицированной медицинской и медико-со-

циальной помощи, улучшение специализированной гериатрической помощи и облегчение пожилым людям доступа к получению услуг в сфере здравоохранения, в том числе специализированных медицинских учреждениях геронтологического профиля;

- создание предпосылок для осуществления системы мер, направленных на формирование оптимальной среды жизнедеятельности пожилых людей;
- развитие социального обслуживания пожилых людей с учетом поддержания общественно нормального уровня доступности и достаточности помощи и услуг, внедрение экономически эффективных моделей социального обслуживания;
- оказание содействия органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления в обеспечении всем гражданам старшего поколения как особой группе населения равных условий и возможностей в процессе социальноэкономического развития регионов;

- укрепление взаимодействия государственных, муниципальных и иных систем и служб, призванных способствовать решению социальных проблем старшего поколения;
- развитие научных исследований по вопросам старения населения и внедрение достижений современной отечественной и зарубежной науки в практическую деятельность;
- улучшение подготовки специалистов, занятых предоставлением помощи и услуг гражданам старших возрастных групп.

Сроки и этапы реализации

Программа рассчитана на 1997-1999 годы и состоит из двух этапов. Первый этап (1997 год) включал выполнение первоочередных мероприятий в интересах граждан старшего поколения. Производилось также уточнение перечня программных мероприятий и объемов финансирования на последующие годы.

На втором этапе (1998-1999 годы) предусматривается реализация основных мероприятий Программы, в

том числе подготовка к проведению в Российской Федерации по специальному плану Международного года пожилых людей (1999 год).

Система программных мероприятий

Программа определяет порядок организации и реализации мер комплексного решения вопросов укрепления социальной защищенности граждан старшего поколения и учитывает интересы всех категорий и групп пожилых людей. Вместе с тем ряд мероприятий Программы направлен на решение в приоритетном порядке проблем наиболее уязвимых категорий пожилого населения: одиноких престарелых и престарелых супружеских пар, утративших частично или полностью способность к самообслуживанию, тяжело больных ветеранов, пожилых людей, проживающих в отдаленных сельских районах, пожилых людей без определенного места жительства.

Перечень мероприятий Программы прилагается (приложение № 1). Программа состоит из следующих разделов:

Раздел первый. Основы деятельности по укреплению социальной защищенности граждан старшего поколения.

Предусматривается проведение мероприятий, направленных на реализацию основных положений современной государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения.

В целях усиления правовых гарантий социальной защищенности граждан старшего поколения планируется проведение системного анализа законодательства Российской Федерации, что позволит создать базис для актуализации действующих правовых норм в части обеспечения конституционных прав и свобод граждан, по возрасту относящихся к старшему поколению. Проведение сравнительного анализа законодательства Российской Федерации, международных правовых актов и актов законодательства зарубежных стран будет способствовать введению в правовое пространство дополнительных норм правовой защиты пожилых людей в период социально-экономических преобразований.

В раздел включены отдельные вопросы совершенствования правового механизма пенсионного обеспечения пенсионеров по старости, а также лиц пенсионного возраста без определенного места жительства, приоритетной поддержки вынужденных переселенцев старших возрастных групп.

В соответствии с федеральными законами “Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации” и “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” предусматривается разработка государственных стандартов социального обслуживания населения, устанавливающих основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания.

В целях улучшения социально-экономического положения граждан старшего поколения в разделе представлены отдельные мероприятия по содействию посильной занятости желающих трудиться граждан пенсионного возраста.

Раздел второй. Меры по укреплению здоровья граждан старшего поколения.

Выраженные особенности диагностики, течения, лекарственного и немедикаментозного лечения и реабилитации заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста обуславливают необходимость проведения специализированной профилактической работы, увеличения объемов и повышения качества оказания медицинской помощи.

В этих целях намечено приобретение медицинской техники и санитарного автотранспорта для 47 субъектов Российской Федерации.

Оснащение медицинским оборудованием Института геронтологии Министерства здравоохранения Российской Федерации позволит создать материальную базу для дальнейшего развития геронтологии как науки, развернуть изучение закономерностей старения целостного организма, вопросов профилактики преждевременного старения, разработку практических рекомендаций по клиническим аспектам ведения больных пожилого и престарелого возраста.

В отдельном подразделе представлены вопросы рационализации питания лиц старших возрастных групп, в том числе разработка новых видов поливитаминно-минеральных комплексов и других биологически активных добавок к пище.

Предлагается разработать и внедрить систему физкультурно-оздоровительных мероприятий, создать экспериментальные центры по апробации современных оздоровительных технологий и организационно-управленческие модели физкультурно-оздоровительной и профилактической работы среди лиц старших возрастов, что послужит снижению стрессовых нагрузок, поддержанию активности и способности к самообслуживанию.

Раздел третий. Меры по оптимизации среды жизнедеятельности граждан старшего поколения.

Оптимизация среды жизнедеятельности граждан старшего поколения связана с необходимостью дооборудования и дооснащения обычной среды с учетом ограничений, обусловленных возрастными изменениями, поддержания особых условий для проживания

ния и осуществления специальных форм обслуживания.

Предполагается разработка новых и корректировка действующих нормативов, методик и рекомендаций на строительство, реконструкцию и обновление жилой среды, зданий и помещений по основным типологическим направлениям (проживание, быт, здравоохранение, отдых, культура).

Намечено экспериментальное проектирование зданий и комплексов жилищно-гражданского назначения с учетом потребностей пожилых людей, новых форм их обслуживания, проведение отдельных видов работ по реновации существующего фонда зданий и помещений для постоянного проживания и временного пребывания пожилых людей.

Предполагается развитие инфраструктуры, обеспечивающей социальное обслуживание граждан старшего поколения (строительство и реконструкция учреждений социального обслуживания различных типов для пожилых людей).

Перечень объектов, подлежащих строительству и реконструкции, оп-

ределяется ежегодно, а годовые объемы финансирования по данному мероприятию уточняются государственным заказчиком Программы совместно с Министерством экономики Российской Федерации с учетом утвержденных расходов федерального бюджета на соответствующий год и по согласованию с субъектами Российской Федерации.

Учтена также необходимость осуществления мер по укреплению материальнотехнической базы учреждений социального обслуживания, оснащению их техническими средствами, облегчающими уход, технологическим оборудованием и инвентарем, автотранспортом (приложение № 3), что в свою очередь явится стимулом для развития российской индустрии технических средств обслуживания и реабилитации лиц старших возрастных групп.

Раздел четвертый. Меры по созданию благоприятных условий для реализации интеллектуальных и культурных потребностей граждан старшего поколения.

Эффективная социализация граждан старшего поколения предусматрива-

ет активное включение в социокультурную деятельность, обеспечение выбора досуговых занятий, участия в “клубной жизни”, любительском движении, самостоятельном творчестве при постоянном учете особенностей культурных запросов пожилых людей.

Намечено улучшить организационно-материальную базу, позволяющую удовлетворять стремление пожилых людей к активному участию в культурной жизни и адекватно учитывающую динамику социально-психологических изменений этой категории населения.

Предусмотрено создание специальных региональных центров-клубов, многопрофильных культурно-информационных центров на базе местного телевидения - учреждений культуры нового типа, отвечающих современным условиям.

В раздел включены мероприятия государственной поддержки деятельности общественных объединений, осуществляемой в интересах пожилых людей.

Раздел пятый. Обеспечение деятельности по укреплению социальной защищенности граждан старшего поколения.

В раздел Программы включены мероприятия по:

- проведению на конкурсной основе научных исследований по проблеме старения населения, проблемам пожилых людей и по научно-методологическому и организационному обеспечению деятельности в интересах граждан старшего поколения, в том числе с использованием возможностей отраслевых научных учреждений, проблемных лабораторий и временных научных коллективов;
- совершенствованию статистической базы, информатизации проблем старения населения, включая разработку различных автоматизированных справочных систем;
- организации и обеспечению подготовки и последипломного обучения специалистов социальной сферы, занятых обслуживанием пожилых граждан.



Свято-Димитриевское училище сестер милосердия
117774, г. Москва, Ленинский проспект, д. 8, корп. 5
Телефон: (095) 237-54-67, 236-92-63; тел./факс: (095) 237-53-40
E-mail: sduchsm@mtu-net.ru

Лицензия на на издательскую деятельность ИД № 00832
от 25 января 2000 года