

«КАРИТАС»

**Руководство
для
ухаживающих
за лежащими больными**

**Подготовлено в рамках реализации
социально-значимого проекта
Обучающий курс
«Если в доме лежащий больной»**

с использованием гранта
Президента Российской Федерации
на развитие гражданского общества,
предоставленного Фондом президентских грантов



Каждый человек, независимо от возраста, может попасть в ситуацию, при которой возникает необходимость посторонней помощи, которая становится нужна тем, кто прикован к постели или инвалидной коляске. Такую помощь оказывают, с одной стороны, родственники, с другой стороны – социальные работники или сиделки.

Для качественного оказания помощи родственникам необходимо обладать первичными знаниями, умениями и навыками по уходу за лежачими больными, а социальным работникам – развивать имеющиеся профессиональные знания.

Когда нет возможности пройти такое обучение, либо после обучения возникают какие-то дополнительные вопросы, можно обратиться к настоящему Руководству. Оно является тем учебным пособием, которое поможет опекунам больного почувствовать себя способными ухаживать за беспомощным больным.

Содержание:

1.	Безопасность больного	стр. 3
2.	Прием лекарственных средств.....	стр.5
3.	Наблюдение за больным.....	стр.7
4.	Общение с больным	стр.13
5.	Питание.....	стр.14
6.	Процедуры общего ухода	стр.17
7.	Собственная безопасность.....	стр.33
8.	Лежачий больной	стр.35
9.	Предметы ухода	стр.39
10.	Умиравший больной	стр.47

1. Безопасность больного

Для обеспечения безопасной среды больного необходимо придерживаться следующих правил:

- Для предупреждения падений в комнате больного не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами, складок на коврах;
- После попадания на пол жидкости ее необходимо немедленно вытирать, чтобы больной не поскользнулся на мокром месте;
- Обувь больных должна быть удобная, не растоптанная, с нескользящей подошвой. Лучше проверяйте сами, как скользит подошва по полу! На разных покрытиях разные подошвы скользят по-разному!
- Приучайте ослабленных больных и больных с нарушениями координации пользоваться перилами, поручнями, опорными ручками, ходунками;
- Периодически проверяйте прочность закрепления перил и поручней;
- Периодически проверяйте качество очков и их соответствие потребностям больного;
- Периодически проверяйте качество работы слухового аппарата;
- Ослабленные больные, престарелые должны пользоваться ванной комнатой и туалетом, не закрывая дверь на задвижку;
- В комнате больного ночью должен гореть ночник, позволяющий проснувшемуся человеку ориентироваться в обстановке;
- В комнате больного на видном месте должны быть часы для ориентации больного во времени;
- При угрозе падения больного с кровати пользуйтесь кроватями, имеющими боковые бортики;
- Если есть угроза падения больного с кровати, а установить кроватные бортики не представляется возможным, уложите рядом с кроватью матрац для наиболее безопасного падения больного;
- Больному необходимо избегать резких вставаний с постели или из кресла во избежание головокружения, потери сознания и падения;
- При вставании или, наоборот, усаживании в ванной нельзя пользоваться в качестве поручня кранами или трубами водопровода.
- В связи с плохой чувствительностью кожи больного, температуру воды в ванной ему нужно измерять не рукой, а с помощью водяного термометра;
- Во избежание ожогов нельзя пользоваться электрической грелкой людям, страдающим недержанием мочи и кала;
- Ухаживая за тяжелобольным, держите свои ногти коротко подстриженными, снимите с рук украшения.

Пожарная безопасность:

- На кухне, где живет больной, вынужденный самостоятельно готовить себе пищу, при наличии газовой плиты, конфорки заднего ряда должны быть отключены, и больной должен знать, что они не работают. Это надо делать для того, чтобы предотвратить загорание рукавов одежды, когда, пытаясь зажечь заднюю конфорку, больной тянется через зажженную конфорку переднего ряда и одежда загорается. Реакция на такую ситуацию у больных людей часто бывает неадекватная, и вместо того, чтобы сбить

пламя, больной начинает бегать с горящими рукавами по квартире, в результате чего получает очень сильные ожоги;

- Рядом с кухонной плитой не должно быть легковоспламеняющихся предметов: штор, полотенец, моющих средств и др.;
- Курящие больные, находящиеся на постельном режиме, должны курить только в присутствии других лиц;
- Нельзя курить рядом с больным, пользующимся кислородной подушкой.

Безопасность при использовании медицинского оборудования:

- Внимательно изучите все инструкции или правила пользования тем или иным медицинским оборудованием или инвентарем;
- Испробуйте действие оборудования сначала на себе;
- Периодически проверяйте исправность оборудования;
- При использовании ходунков, костылей, тростей периодически проверяйте их прочность, прочность сочленений, целостность наконечников;
- Периодически проверяйте прочность боковых перил на кровати;
- Все средства передвижения больного, имеющие колеса: каталка, кресло-каталка, функциональная кровать и др. - должны иметь функционирующие тормоза. Перед использованием этих средств убедитесь, что вы знаете, как работают тормоза и что они исправны. Во время пересаживания или перекладывания больного тормоза должны быть зафиксированы. Если вы вынуждены оставить на время человека, находящегося на колесном средстве передвижения, то прежде, чем отойти от больного, вы должны зафиксировать тормоза.

Общение с психически больным человеком:

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

2. Прием лекарственных препаратов.

Основные лекарственные формы

Растворы - жидкие лекарственные формы, представляющие собой раствор лекарственного вещества в воде, спирте, глицерине или другом жидком растворителе. Растворы должны быть прозрачными, не должны содержать осадка и взвешенных частиц.

1 капля водного раствора соответствует 0,05 мл, 1 мл - 20 каплям, 1 чайная ложка соответствует 5 мл или 100 каплям, 1 десертная ложка - 7,5 мл или 150 каплям, 1 столовая ложка - 15 мл или 300 каплям.

Настои и отвары - готовятся из растительного сырья. Эти лекарственные формы имеют ограниченный срок хранения (не более 3-х дней) и должны храниться в прохладном, защищенном от света месте.

Таблетки - твердые лекарственные формы, которые получают путем прессования лекарственных средств. Применяются для приема внутрь. Для наружного употребления могут использоваться в виде порошка после размельчения или растворения в воде.

Драже - твердая лекарственная форма, которая получается в результате наслаивания лекарственных веществ на гранулы. Используются для приема внутрь. Хранят в сухом, защищенном от света месте.

Капсулы - твердая лекарственная форма, в которой лекарственное вещество, находящееся внутри, покрыто оболочкой. Капсулы маскируют горький или неприятный вкус и запах лекарства и облегчают его прием, защищают лекарственное вещество от преждевременного разрушения в желудке или нежелательного воздействия на слизистую ротовой полости или желудка.

Свечи - дозированная лекарственная форма, твердая при комнатной температуре и расплавляющаяся при температуре тела. Применяются для ректального и вагинального введения. Хранятся в холодном месте.

Пластыри - лекарственная форма в виде пластической массы, которая при температуре тела размягчается и прилипает к коже.

Мази - мягкая лекарственная форма вязкой консистенции, используется для наружного применения.

Как правильно принимать лекарства.

Пища и лекарственные препараты. Эффективность лекарственной терапии во многом зависит от того, как связан прием лекарственных препаратов с приемом пищи, ее составом. Кроме того, многие препараты, применяемые без учета их взаимодействия с пищей, могут нанести организму скорее вред, чем пользу. В большинстве инструкций есть указания на то, до- или после еды принимать данный препарат. Если нет иных указаний - лекарственный препарат принимают до еды (натощак). Прием натощак считают применением лекарственного препарата не менее чем за 30 мин до еды или через 4 часа после приема пищи. То, чем мы запиваем лекарства - тоже пища, и поэтому надо выяснить у лечащего врача, как та или иная жидкость (молоко, сок различных фруктов, минеральная вода и пр.) реагирует с лекарственным препаратом и какой жидкостью лучше запивать данное лекарство. Условия приема лекарственного препарата должны быть указаны в инструкции к препарату в разделе "Способ применения и дозы".

Алкоголь и лекарственные препараты. Многие лекарственные препараты не совместимы с алкоголем. Возникающие побочные эффекты могут представлять реальную угрозу для жизни и здоровья больного.

Дозировка препарата и способы применения. Доза - количество поступающего в организм лекарственного препарата. Различают разовую, суточную и курсовую дозы. Суточная доза дается больному за один или несколько раз, согласно назначению врача. Дозировка лекарственного препарата обозначается в единицах массы - миллиграммах, граммах. Надо помнить, что в таблетке одного и того же препарата и того же размера может содержаться разное количество лекарственного вещества. Поэтому недопустимо пользоваться такими определениями дозировки, как "половина таблетки" или "четвертушка таблетки". При покупке препарата в аптеке надо стараться купить препарат, в таблетке которого содержится ровно столько лекарственного вещества, сколько прописал врач на один прием. Делить таблетку на части можно, только если у нее есть разделительные риски. Драже и капсулы делить не рекомендуется. Необходимо обратить внимание на дозировку для детей, больных людей, а также страдающих некоторыми сопутствующими заболеваниями.

Особое время приема лекарств. Существует практика назначения приема лекарств в зависимости от ритмичности проявления заболевания у больного. Такая практика увеличивает эффективность воздействия препаратов и снижает возможность проявления побочных эффектов. Так, например, препараты, купирующие ночные приступы бронхиальной астмы больные принимают поздно вечером, а препараты, снимающие или уменьшающие боли у больных с артрозами или артритом - сразу после ночного пробуждения. Лечащий врач должен оговорить с больным или его близкими особое время приема лекарственного препарата.

Взаимодействие с другими препаратами. Не всегда врач, назначающий больному препарат, интересуется, какие еще препараты получает его больной. Необходимо помнить, что взаимное действие лекарственных препаратов может приводить к ослаблению или усилению ожидаемого эффекта, появлению побочных действий. При назначении лечащим врачом лекарственного препарата необходимо сообщить ему, какие еще препараты получает больной.

Цели приема лекарственного препарата. Больной должен знать, для чего он принимает данный препарат: для того чтобы излечиться или уменьшить проявления заболевания. Также нужно выяснить у врача, когда ожидаемый эффект должен наступить. В случае, если эффект не наступил или наступил в недостаточной степени, необходимо информировать об этом лечащего врача.

Противопоказания. Изучите внимательно этот раздел инструкции. Не исключено, что лечащий врач не учел имеющиеся у больного противопоказания для назначения данного препарата.

Срок годности. Необходимо знать срок годности лекарственного препарата и не использовать препараты с просроченным сроком годности. Необходимо помнить, что некоторые лекарственные формы, например, отвары, требуют особых условий хранения и являются скоропортящимися. Изменение цвета, консистенции, прозрачности, структуры и т.п. - верный признак просроченных и непригодных к употреблению лекарств. Все лекарства с просроченным сроком хранения должны быть решительно уничтожены.

Условия хранения. Изучите в инструкции и придерживайтесь условий хранения. Особую осторожность необходимо соблюдать при хранении лекарств там, где есть дети и больные, страдающие психическими заболеваниями. Нельзя употреблять таблетки, хранящиеся отдельно от упаковки - похожие по внешнему виду, они могут оказаться совсем не тем препаратом, который нужен больному. Кроме того, по отдельной таблетке невозможно определить срок ее годности, а также дозировку.

Побочные эффекты. Необходимо тщательно изучить инструкцию и ознакомиться с возможными побочными эффектами, возникающими при приеме данного препарата. При появлении описанных эффектов необходимо немедленно сообщить об этом лечащему врачу.

Сроки приема. Больной должен знать, как долго предполагается принимать данный препарат.

Информированное согласие больного на лечение данным препаратом. Согласно закону, назначая препарат, врач должен получить у больного согласие на лечение данным препаратом. Врач должен информировать больного о возможных результатах лечения, возможных побочных эффектах и осложнениях.

Особые условия приема препарата и меры предосторожности. При назначении лекарственного препарата обязательно выясните у лечащего врача, нет ли особых условий его приема. Особые условия могут касаться времени приема, способа приема, правил приема, правил поведения после приема препарата и пр. Рекомендуются применение лекарственных препаратов детьми, пожилыми людьми и психическими больными под наблюдением.

Длительность приема лекарственного препарата. Многие хронические заболевания требуют пожизненной лекарственной терапии. К назначенному лекарственному препарату, если больной принимает его достаточно долго, со временем может развиваться привыкание, т.е. препарат перестанет оказывать необходимое действие. При длительном применении многих препаратов, они могут вызывать осложнения или заболевания. Поэтому необходимо следить за эффективностью длительной терапии и контролировать состояние больного.

Внезапная отмена лекарственного препарата. Внезапная отмена лекарственного препарата, особенно длительно применяемого больным, из-за нежелания продолжать лечение или в связи с отсутствием у него данного препарата, может привести к обострению или рецидиву заболевания. А резкая отмена гормональных препаратов грозит развитием синдрома отмены - тяжелого состояния, угрожающего не только здоровью, но и самой жизни больного. Отмена лекарственного препарата часто должна проходить постепенно или сопровождаться заменой на другой препарат. Всякое завершение лекарственной терапии должно согласовываться с лечащим врачом.

3. Наблюдение за больным

Артериальное давление.

Артериальное давление (АД) - давление крови на стенки артерий во время систолы (сокращения сердца) и диастолы (расширения и расслабления сердца). Величина АД ритмически меняется и выражается в миллиметрах ртутного столба. Нормальное максимальное давление колеблется в пределах 100-140 мм рт. ст. Нормальное минимальное давление в пределах 60-90 мм рт. ст. Утром АД ниже, чем вечером на 5-10 мм рт. ст. Резкое падение АД опасно для жизни! Оно сопровождается бледностью, резкой слабостью, потерей сознания.

Правила для точного измерения величины артериального давления. Измерять артериальное давление следует в определенные часы, лучше утром, до принятия пищи, при отсутствии утомления, возбуждения. При измерении АД больному не рекомендуется разговаривать или отвлекаться. Во время измерения АД больной должен сидеть или лежать спокойно и не следить за ходом измерения. Не следует надевать манжету поверх рукава одежды или закатывать рукав, так чтобы он сдавливал руку, так как это приведет к неточности измерения. В течение 30 минут перед измерением нельзя курить, подвергаться физическим нагрузкам, есть продукты, содержащие кофеин и алкоголь. Перед началом измерения полезно в течение 10-15 минут спокойно посидеть. Измерять давление желательно три раза с интервалами в 5-10 мин. для восстановления кровообращения в руке.

Двигательная активность.

Определение двигательной активности больного очень важно, т.к. от этого показателя во многом зависит способность человека к самообслуживанию, осуществлению ухода за собой, выполнению различных действий, необходимых для нормальной жизнедеятельности, для независимости в повседневной жизни.

Для оценки двигательной активности, прежде всего, необходимо понаблюдать за больным, его подвижностью, уровнем самостоятельности при выполнении повседневной работы.

Дыхание. Наблюдение за дыханием необходимо проводить незаметно для больного. Если больной узнает, что мы наблюдаем за ним, он невольно изменит характер дыхания, и мы не сможем составить истинного представления о его естественном дыхании. Необходимо выяснить, нет ли у него жалоб на кашель, затрудненное дыхание в покое или при физической нагрузке, нехватку воздуха, одышку.

Частота дыхания. Подсчет частоты дыхания проводится по движению грудной или брюшной стенки незаметно для больного. Подсчет должен проводиться в состоянии покоя, перед подсчетом больной не должен совершать физическую работу, есть или волноваться, потому что эти состояния увеличивают частоту дыханий. В норме частота дыхательных движений взрослого человека - 16-20 в минуту. Во сне частота дыханий уменьшается до 12-14 в минуту. Частота дыханий увеличивается при повышении температуры, при различных заболеваниях, особенно, при заболеваниях легочной и сердечной системы, при волнении больного, после приема пищи. Резкое увеличение частоты дыханий у больных легочными и сердечными заболеваниями может свидетельствовать о развитии осложнений или утяжелении состояния больного и требует срочной консультации врача. Нельзя забывать, что и редкое дыхание является патологическим признаком и требует консультации врача!

Глубина дыхания. Определяется по объему вдыхаемого и выдыхаемого воздуха в спокойном состоянии больного. У взрослого человека дыхательный объем в среднем составляет 500 мл. Поверхностное дыхание часто сопровождается патологическим учащением дыхания. Глубокое дыхание, напротив, часто сопровождается урежением частоты дыханий. Иногда редкое глубокое дыхание сопровождается громким шумом. Такое дыхание, характерное для тяжелой комы, называется по имени врача, описавшего его, - дыханием Куссмауля.

Ритм дыхания. Дыхание здорового человека осуществляется ритмично, с равными промежутками времени между вдохами и выдохами, с одинаковой глубиной и продолжительностью вдоха и выдоха. Нарушение ритма дыхания свидетельствует о развитии серьезных осложнений и требует консультации врача. Нарушение дыхания в виде удлинения и затруднения фазы вдоха или выдоха называется одышкой и также требует врачебного осмотра для соответствующих назначений и рекомендаций.

Носовое дыхание. Обычно человек вдыхает воздух через нос и рот. В норме, носовое дыхание должно быть свободным. Нарушение носового дыхания приводит к затруднениям во время приема пищи и питья, нарушает нормальный сон.

Кал и дефекация. Кал формируется в толстом кишечнике и состоит из остатков пищи, в основном, из растительной клетчатки. Часть массы кала составляют живые и мертвые микробы. Состав каловых масс зависит от характера пищи и функции пищеварительного тракта.

Цвет кала в норме при смешанной пище желтовато-бурый, коричневый, при мясной - темно-коричневый, при молочной диете - желтый или светло-желтый. Большое количество ягод или мака окрашивает испражнения в темный цвет. Некоторые лекарственные вещества также изменяют цвет кала.

Консистенция (плотность) кала мягкая. При различных патологических состояниях кал может быть кашицеобразным, умеренно плотным, плотным, жидким, полужидким, замазкообразным. Глинистая или замазкообразная консистенция кала и серый цвет говорят о значительной примеси неусвоенного жира, что бывает при закупорке желчного протока.

Форма кала в норме цилиндрическая, колбасовидная. При сужениях или спазмах толстого кишечника кал может быть лентовидным или иметь форму плотных шариков (овечий кал).

Запах зависит от состава пищи и интенсивности процессов брожения и гниения. Мясная пища дает резкий запах, молочная - кислый.

Примеси в кале могут быть в виде слизи, гноя, крови, кишечных паразитов и случайных инородных тел. Слизь образуется в виде комочков, клочков, пленок различной величины на поверхности кала. Слизистые частицы могут быть смешаны с кровью или окрашены желтыми пигментами. Гной в кале имеет вид желтоватых непрозрачных комочков. Чаще всего он перемешан со слизью или с калом, который обычно бывает жидкой или полужидкой консистенции. Кровь, видимая невооруженным глазом, встречается в кале в виде сгустков различной величины на поверхности его или смешана с гноем или слизью. Темная кровь в кале бывает при кишечном кровотечении из верхних отделов кишечника, а светлая кровь на поверхности кала указывает на геморроидальное кровотечение.

Дефекация - опорожнение толстой кишки от каловых масс. В норме дефекация должна происходить регулярно, не реже 1 раза в 1-2 дня, безболезненно и без усилий. На частоту дефекации сильное влияние оказывают внешние обстоятельства: смена обстановки, неудобное положение в кровати, зависимость от других людей, необходимость пользоваться судном и т.п. Отсутствие стула у больного в течение нескольких дней (запор) - патологическое состояние, способствующее ухудшению состояния здоровья и требующее вмешательства.

Для оказания эффективной помощи больному при дефекации, своевременного контроля за этой функцией, необходимо выяснить у больного некоторые вопросы: как часто бывает у него дефекация, в какое время дня, с какими особенностями связана (например, каждый раз после завтрака). Задача ухаживающего, состоит в том, чтоб создать больному наиболее комфортные и привычные условия для дефекации.

Кожа и слизистые. Необходимо обратить внимание на цвет, эластичность, влажность кожи, наличие на ней высыпаний и рубцов. Окраска кожи зависит от степени кровенаполнения кожных сосудов, толщины и прозрачности кожи, состава крови, наличия пигмента.

Цвет кожи. Осматривать кожу необходимо при естественном освещении. Бледная окраска кожи может свидетельствовать о спазме капилляров кожи, малокровии, падении артериального давления. Красная окраска кожи появляется при повышении температуры тела, перегревах. Синюшная окраска характерна для больных с заболеваниями сердечно сосудистой системы. Усиление синюшности свидетельствует об ухудшении состояния больного.

Эластичность. Эластичность кожи определяется путем собирания двумя пальцами складки кожи. После того, как пальцы отпускают, складка должна сразу целиком расправиться. Считается, что эластичность снижена, если складка расправляется не сразу или не полностью.

Морщинистость кожи. Наступает вследствие потери кожей эластичности; наблюдается у больных людей и у больных, потерявших много жидкости, например, в результате длительного поноса, упорной рвоты и т.п.

Влажность кожи. Обильное потоотделение бывает при падении температуры у лихорадящих больных, у больных с некоторыми инфекционными заболеваниями. Пот является активной биологической жидкостью, содержащей вредные для организма продукты обмена и нуждающейся в своевременном удалении с поверхности кожи. Сухость кожи наблюдается у больных, потерявших много жидкости, в т.ч. при поносах или рвоте.

Сыпь. Кожные высыпания разнообразны по форме, величине, цвету, распространенности. Могут появляться при инфекционных заболеваниях. При появлении сыпи необходимо больного изолировать и вызвать врача для выяснения диагноза.

Слизистые оболочки. В норме слизистые оболочки должны быть бледно-розового цвета, умеренно влажные, чистые, без налетов и сыпи. Излишняя краснота может свидетельствовать о воспалительном процессе, наличие налетов об инфекционном заболевании или плохом уходе, например, за полостью рта.

Моча и мочеиспускание. Моча - биологическая жидкость, вырабатываемая почками и выделяющаяся по мочевым путям. При поражении организма с мочой выделяются патологические продукты обмена, чужеродные вещества и некоторые лекарства.

Мочеиспускание у здорового человека безболезненное, свободное, совершается без усилий. Болезненное или с усилием совершенное мочеиспускание является признаком заболевания мочевыводящей системы и требует обязательной консультации врача. Больной может стесняться мочиться в судно или утку в присутствии посторонних людей. Поэтому следует позаботиться о том, чтобы он мог мочиться в комфортных условиях.

Количество. В норме за сутки взрослый человек выделяет 800-1500 мл мочи. Мочится здоровый человек 4-7 раз в день и не более 1 раза за ночь. Количество мочи менее 200 мл и более 2000 мл за сутки считается патологическим. Общее количество мочи, выделенной за сутки, называется диурезом. Диурез зависит от многих факторов: количества принятой жидкости (включая все продукты, содержащие воду), количества пота, выделенного человеком (диурез заметно уменьшается, если человек обильно потеет), температуры тела, наличия поноса и ряда других факторов. При уходе за больным важно знать соотношение принятой за сутки жидкости и выделенной мочи. Это понятие носит название водного баланса. Если количество выпитой жидкости значительно превосходит количество выделенной мочи и при этом увеличивается вес больного, то возникает подозрение на развитие отеков у больного; в этом случае необходимо вызвать врача. Если больной выделяет мочи больше, чем употребляет жидкости - это может быть связано с эффектом от мочегонных препаратов.

Цвет мочи в норме соломенно-желтого до насыщенного желтого, и зависит от ее концентрации и состава пищи. Утром моча темнее, в течение дня она становится светлее. Когда мочи выделяется много, ее цвет светлее, чем когда выделяется небольшое количество мочи. Красный цвет мочи может быть следствием приема с пищей свеклы или свидетельствовать о примеси в моче крови. Ярко-желтой моча может быть после приема некоторых лекарственных препаратов. При заболеваниях цвет мочи меняется (так при появлении в моче крови ее цвет становится красным, а при желтухе - интенсивно темным).

Запах. Моча обладает в норме нерезким специфическим запахом. При заболеваниях запах мочи меняется (так при сахарном диабете моча приобретает своеобразный фруктовый запах, напоминающий запах гниющих яблок).

Для оказания эффективной помощи больному при мочеиспускании и для правильного контроля за этой функцией, необходимо выяснить у больного некоторые вопросы: как часто он мочится, есть ли какие-либо особенности при мочеиспускании (например, особая поза). Создание привычных и комфортных условий позволит больному нормально осуществлять мочеиспускание.

Как правило, для исследований собирают утреннюю мочу в сухую чистую посуду.

Осадок. Осадок в моче может появиться вследствие содержания солей, форменных элементов, слизи.

Прозрачность. В норме моча прозрачная. Мутность мочи обусловлена повышенным содержанием солей, клеточных элементов, бактерий, слизи и пр.

Пульс. Одним из важнейших исследований деятельности сердечно сосудистой системы является измерение артериального пульса. Пульс необходимо исследовать в состоянии покоя, желательно после сна, до принятия пищи. Важно исключить эмоциональное напряжение больного. Пульс исследуют, как правило, на лучевой артерии. Вначале необходимо определить, на какой из рук пульс лучше прощупывается. Кисть больного охватывают правой рукой в области лучезапястного сустава так, чтобы большой палец располагался на тыльной стороне предплечья, а остальные пальцы на передней его поверхности. Нащупав артерию, прижимают ее к нижележащим тканям для того, чтобы лучше ощущать пульсовой удар.

Ритм. В норме сокращения сердца и пульсовые волны следуют друг за другом через равные промежутки времени. Такой пульс называется ритмичным. Иногда пульсовые удары следуют не каждый раз после сердечного сокращения. Если промежутки времени между пульсовыми ударами не равны между собой, это свидетельствует о неритмичном пульсе, что является признаком заболеваний сердца, связанных с нарушением ритма сердца, например, аритмий.

Частота. Частота пульса - количество пульсовых ударов в единицу времени. В норме частота пульса равна 60-80 ударам в минуту. Исследуют частоту пульса в течение 1 минуты. Пульс учащается после приема пищи, а также при повышении температуры тела в среднем на 10 ударов на каждый последующий градус.

Напряжение. Напряжение пульса, эта сила, которую нужно приложить для полного придавливания пульсирующей артерии. Чем больше напряжение пульса, тем выше артериальное давление и наоборот, при низком артериальном давлении артерия легко сжимается.

Сила мышц и мышечный тонус. Сила мышц, т.е. способность мышц сокращаться, преодолевая определенную нагрузку у здорового человека. У человека со сниженной силой мышц, в той или иной степени ограничена способность обслуживать себя самостоятельно, совершать работу по дому, исполнять другие функции.

При выраженной мышечной слабости больной нуждается в ряде реабилитационных мероприятий, направленных, с одной стороны, на укрепление мышечной силы, а с другой, на применение различных приспособлений, помогающих больному выполнять необходимые движения.

Мышечный тонус - это степень упругости мышц и то сопротивление, которое возникает при пассивном сгибании или разгибании конечности или ее части.

По назначению врача больной с изменением мышечного тонуса проходит комплекс физиотерапевтических мероприятий, в т.ч. массаж и лечебную гимнастику.

Слух. Состояние слуха очень важно для нормального общения. Особое значение приобретает слух при общении с больным человеком. Важно знать, что больной услышал обращенную к нему речь. Ухудшение слуха приводит к депрессии, замкнутости, подозрительности, стеснительности, ограничивает общение с другими людьми. Ухудшение слуха приводит и к затруднениям в социальной сфере: человек с нарушенным слухом не слышит звонков в дверь, по телефону. На улице не слышит шума автомобилей, человеческих окриков и др.

Сознание. Сознание больного может быть ясным или нарушенным.

Ясное сознание характеризуется адекватным поведением больного. Его реакция на окружающий мир, эмоции, поведение не отличаются от обычного характерного для него типа общения. Он вступает в контакт, отвечает на вопросы, исполняет Ваши просьбы

Различают следующие виды нарушения сознания:

Ступор - больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает не сразу, с опозданием.

Сопор - больной находится как бы в постоянной дремоте. Из состояния сна выходит только периодически, на короткое время, при громком оклике или тормошении.

Кома - больной находится в бессознательном состоянии, отсутствует реакция на внешние раздражители. Тело такого больного при изменении положения пассивно перемещается, голова и конечности под действием силы тяжести безвольно опущены. В коматозном состоянии больной способен слышать речь окружающих, испытывать эмоции, в т.ч. страх.

Поэтому, находясь рядом с больным в коматозном состоянии, необходимо воздерживаться от слов, которые не нужно слышать больному, надо разговаривать с ним, успокаивать его, гладить его, находиться рядом. Можно включить тихую медленную ритмичную музыку, лучше такую, какую любит больной.

Способность к самообслуживанию. В повседневной жизни часто возникает необходимость определить способность больного человека обслуживать себя самостоятельно. Больные, инвалиды, больные в остром периоде заболевания и хронические больные нуждаются в посторонней помощи в той мере, в какой они потеряли способность самостоятельно себя обслуживать, т.е. свою независимость.

Градация нуждаемости в уходе

- 1 степень (потребность значительна) - необходимы гигиенический уход, помощь при приеме пищи или передвижении. Больные нуждаются как минимум в двух услугах однократно в течение дня и неоднократно в течение недели - в помощи по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум - 90 мин в день;
- 2 степень (потребность весьма значительна) - необходим гигиенический уход, помощь при приеме пищи или передвижении. Больные нуждаются как минимум в помощи трижды в день в разное время дня и дополнительно неоднократно в течение недели - в помощи по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум - 3 часа в день;
- 3 степень (уход крайне необходим) - больному постоянно необходима помощь при гигиенических процедурах, приеме пищи, передвижении, а также неоднократная в течение недели помощь по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум - 5 часов в день.

Температура тела. Измерение и наблюдение за температурой тела является обязательной ежедневной процедурой, связанной с уходом за больным человеком, так как изменения и колебания температуры тела, в особенности ее повышение, говорят о начале заболевания. У здорового человека температура тела является постоянной, с небольшими колебаниями в утренние и вечерние часы (36-37° С). Утром температура ниже на несколько десятых градуса, а вечером выше. Считается, что температура не должна превышать 37°С, а ее колебания находятся в пределах от 0,3 до 1° С. Такое постоянство температуры зависит от процессов теплопродукции и теплоотдачи. У больных людей температура немного ниже, а у детей - немного выше. В прямой кишке и во влагалище температура на 1° С выше, чем температура кожи в подмышечной и в паховой областях.

Термометрия. Как правило, термометрия проводится 2 раза в сутки - утром натощак (между 6 и 8 ч утра) и вечером (между 16-18 ч) перед последним приемом пищи. В случае необходимости более точного представления о суточной температуре можно измерять ее каждые 2-3 ч. Длительность измерения температуры максимальным термометром - не менее 10 мин. При проведении термометрии больной должен лежать или сидеть.

Места измерения температуры тела: подмышечные впадины; полость рта (под языком); паховые складки (у детей); прямая кишка (ослабленные больные).

Измерение температуры тела в подмышечной впадине. Перед подачей больному термометра необходимо осмотреть подмышечную впадину и насухо вытереть ее. Затем встряхивают термометр так, чтобы ртутный столбик опустился до отметки 35° С.. Термометр располагают так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом в самой глубине подмышечной впадины, не смещаясь в течение всего времени измерения. Между термометром и телом не должно попадать белье. Плечо плотно прижимают к грудной клетке. Ослабленным больным при измерении температуры необходимо придерживать руку. Через 10 мин термометр вынимают и смотрят его показания. Если термометр индивидуальный - его необходимо вымыть теплой водой с мылом, насухо вытереть и, стряхнув ртуть до начального уровня, поместить в специальный футляр.

4. Общение с больными

Общение - важная потребность человека. Любой человек нуждается в общении. Больной человек - особенно. Для него доброжелательное, предупредительное, тактичное и чуткое общение имеет огромное значение. Общение может способствовать выздоровлению или улучшению состояния больного, а может стать причиной ухудшения состояния или даже смерти больного.

При разговоре с больным важно уметь выслушать и дать почувствовать, что он Вас интересует. Нет ничего важнее умения слушать своего собеседника.

Устное общение состоит из двух важных элементов: **что** Вы говорите и **как** Вы это говорите.

Принципы общения

- Создайте комфортную и не отвлекающую внимание больного обстановку.
- До того, как начать говорить, привлечите внимание больного. Если человек чем-то занят, а Ваше сообщение не является срочным, лучше всего на некоторое время отложить разговор с ним.
- Говорите доступным языком. Используйте понятные для больного слова.
- Давайте только четкие инструкции; избегайте двусмысленностей.
- Не обещайте невозможного.
- Поясняйте свои действия, чтобы его участие в лечении и уходе было осознанным.
- Убедитесь, правильно ли Вас понял больной.
- Выбирайте нужную громкость. Говорите достаточно громко, но не кричите.
- Говорите медленно, четко выговаривая слова; следите за интонацией Вашего голоса.
- Не бойтесь повторяться.
- Проверьте, правильно ли больной Вас понял, и не осталось ли у него неразрешенных вопросов.

В процессе ухода за больным Вы иногда пишете ему записки – напоминания:

- Пишите аккуратно, желательно печатными буквами.

- Выбирайте правильный размер и цвет букв.
- Пишите простые слова.
- Будьте внимательны и точны. Если Вы называете время, не забудьте указать, вечер это или утро.
- Подписывайте сообщение.
- Проверяйте Ваше сообщение до того, как оставить записку.

Качества ухаживающего

Ухаживающий человек должен обладать следующими качествами и проявлять их по отношению к больному:

милосердие;

благожелательность;

способность к сопереживанию;

заботливость;

уважительное отношение к больному;

обеспокоенность судьбой больного;

ответственность;

доверие к больному;

чуткость;

внимательность;

проницательность;

добросовестность.

5. Питание

Питание - процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения организмом питательных веществ. Основное требование к рациональному питанию - соответствие количества и качества пищи потребностям организма. Правильное рациональное питание способствует тому, что человек меньше подвергается различным заболеваниям и легче с ними справляется.

Основные питательные вещества

- Углеводы
- Белки
- Жиры
- Минеральные соли
- Витамины
- Вода

Углеводы. Образуют энергию, которую организм легко усваивает; увеличивают объем клетчатки и таким образом помогают выводить продукты жизнедеятельности. Зерновые: пшеница, рис, гречневая крупа, овес, пшено. Овощи: картофель, сушеные бобы и зеленый горошек, кукуруза, тыква, шпинат. Фрукты: яблоки, бананы, апельсины, груши. Сладости: мед, варенье, джем.

Белки. Составляют основу многих тканей организма, регулируют водно-солевой баланс и являются структурными единицами защитных сил организма против инфекций. Молоко, сыр, йогурт, мясо, птица, рыба, яйца. Фасоль, горох и орехи, зерновые, ореховое масло.

Жиры. Являются концентрированным источником энергии, который сохраняется в организме длительное время. Орехи, ореховое масло, цельное молоко, йогурт, сыр, мясо, рыба, птица, яйца, оливки. Растительные масла, маргарин, масло сливочное, майонез.

Минеральные соли. Регулируют многие функции организма, строят и обновляют кости, зубы, кровь и ткани. Содержатся во всех продуктах, но типы минералов и их количество различны.

Витамины. Участвуют в обмене веществ; являются промежуточными компонентами биохимических реакций. Содержатся во всех продуктах, но типы витаминов и их количество различны.

Вода. Является средой, поддерживающей вещества в растворенном виде в тканях организма, и регулирует температуру тела, кровообращение и выделение. Основной элемент в овощах и фруктах.

Пять основных групп продуктов:

- Злаки (продукты из зерна).
- Овощи.
- Фрукты.
- Мясо.
- Молоко.

Некоторые другие продукты, такие, как жиры, концентрированные сладости и алкоголь, входят в группу, называемую "жирами".

Потребность в питательных веществах у больного человека различна в зависимости от его заболевания. Например, если у человека диабет, его диета часто ограничивает количество калорий, которые он должен получать, также как и количество сахара и жиров. При сильных ожогах или открытых язвах организм нуждается в восстановлении тканей, поэтому его диета содержит больше белков и калорий, необходимых для заживления.

Сколько должен съедать взрослый человек?

Вычисление правильного количества питательных веществ может показаться очень сложным. Но можно удовлетворить свои потребности в питательных веществах, выбирая из широкого разнообразия продуктов, включенных в основные продуктовые группы, и употребляя рекомендуемое число порционных единиц. Ниже приведены данные о количестве порционных единиц каждого вида продуктов, необходимом для нормального питания человека. Каждая указанная порция соответствует 1 порционной единице.

- Злаки - 6-11 порционных единиц: 1 ломтик хлеба или 150 г вареного риса или 150 г каши или 150 г отварных макарон.
- Овощи - 3-5 порционных единиц: 150 г овощей (в готовом виде) или 300 г свежей зелени (овощей без термической обработки).

- Фрукты - 2-4 порционные единицы: 1 небольшое яблоко или 1 небольшой апельсин или 1 небольшой банан или 1 небольшая груша или 150 г нарезанных фруктов или 150 г мелких ягод или стакан фруктового сока.
- Мясо - 2 порционные единицы (по 85 г каждая): 1/2 грудки цыпленка или 1 котлета/шницель (85 г в готовом виде) или 85 г трески или 85 г свинины (в готовом виде).
- Молоко - 2-3 единицы: стакан молока или ломтик сыра или 150 г творога или стакан йогурта, ряженки, кефира.

Диетическое питание. Многим людям в силу инвалидности или заболевания требуется специальная диета. Врачи и диетологи помогают решить, что человеку следует есть. Если больному назначена специальная диета, необходимо знать, какая пища входит в эту диету и почему назначены именно такие продукты. Ухаживающий за больным должен подавать именно эту пищу и, по возможности, контролировать количество, съедаемое подопечным.

Мягкая, механически щадящая и протертая диета. При мягкой диете пища становится мягкой в процессе приготовления (например, горячие каши, картофельное пюре).

При механически щадящей диете жесткие (твердые) блюда становятся мягкими в процессе специальной обработки (например, отварное мясо, пропущенное затем через мясорубку).

Протертая диета требует предварительного отваривания продуктов с последующим их протираанием через сито (например, овощные, мясные, фруктовые пюре).

Любая из этих трех диет должна содержать все необходимые для человека питательные вещества.

Бессолевая диета. Употребление соли может быть ограничено для людей с высоким артериальным давлением, болезнями почек или недостаточностью кровообращения. При этой диете полностью исключается употребление пищевой соли из рациона, но человек может пользоваться заменителем соли с разрешения врача. Эта диета ограничивает потребление продуктов с высоким содержанием соли, таких как ветчина, бекон, сыр, баночные супы, картофельные чипсы, тушенку, соленые огурцы, оливки и т.д.

Диета с ограничением калорий. Диета с 1200, 1500, 1800 или 2300 калориями назначается тем, кому необходимо контролировать свой вес. Хорошо сбалансированная диета содержит все белки, углеводы и жиры, в которых нуждается человек. Врач или диетолог могут рекомендовать поливитамины и минеральные вещества в дополнение к дневной диете в 1200 калорий. Для минимального ограничения калорий врач или диетолог могут назначить регулярную диету с неконцентрированными сладостями, которая исключает только такие сладости, как конфеты и печенье.

Диета с высоким содержанием белков. Врач назначает эту диету людям, которые недостаточно едят, или тем, кто нуждается в дополнительных белках, чтобы восстановить кожу или ткани органов. Высокобелковая диета показана при ожогах и пролежнях.

Диабетическая диета. Эта диета предназначена для больных диабетом. При ней четко определяется количество калорий, углеводов, белков и жиров, которые человек может съесть.

Диета с низким содержанием жира. Врач может назначить диету с низким содержанием жира людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями желчного пузыря или печени. Она предназначена для увеличения количества белков и углеводов и ограничения количества жиров.

Если врач назначает одну из этих терапевтических диет тому, за кем Вы ухаживаете, Вы должны быть уверены, что человек получает только пищу, предусмотренную этой диетой.

Употребление других продуктов или большего количества пищи, чем это рекомендуется, может повлечь за собой осложнение состояния.

Контроль за количеством потребляемой пищи и жидкости. Аппетит человека зависит от многих факторов. Если у человека, за которым Вы ухаживаете, не очень хороший аппетит или если его аппетит неожиданно изменился, доложите об этом врачу. Людям с некоторыми заболеваниями требуется ограниченное количество калорий. Другим требуется ограниченное количество жидкости. Очень важно измерять и записывать количество потребляемой за день пищи и выпиваемой жидкости.

Потребление жидкости. При определенных заболеваниях очень важно знать, сколько жидкости человек выпивает и какое ее количество проходит через организм. Многие люди должны выпивать от 6 до 8 стаканов (1500 - 2000 мл) в день, чтобы оставаться здоровыми и чувствовать себя хорошо. Человек может потреблять жидкость в виде воды, кофе, сока, молока, супа и чая или в твердом виде: мороженое, фрукты или овощи. Для сохранения водного баланса следует выпивать такое же количество жидкости, какое выделяется. Если организм накапливает большое количество жидкости и не выводит ее излишек, это может быть признаком заболевания. В то же время, если человек теряет больше жидкости, чем он потребляет, это также может быть признаком заболевания. При интенсивном потоотделении (например, при высокой температуре), при рвоте или поносе необходимо быстро восполнять потерю жидкости. Иногда водный баланс может быть нарушен, если больной не потребляет достаточно жидкости. Если человек, за которым Вы ухаживаете, теряет много жидкости, Вы должны немедленно доложить об этом врачу.

Симптомы обезвоживания: дезориентация, запор, сонливость, очень сухая кожа или потрескавшиеся губы, пониженная упругость кожи, увеличившееся или скудное выделение мочи, повышение температуры.

Если Вы предполагаете, что человек, за которым Вы ухаживаете, обезвожен, немедленно доложите об этом врачу. У больного может развиваться состояние обезвоживания при потреблении недостаточного количества жидкости. Поощряйте его больше пить, руководствуясь следующими правилами:

- Предлагайте напитки, которые человеку нравятся.
- Поощряйте его много пить во время еды.
- Проследите, чтобы возле него постоянно стоял кувшин со свежей, чистой водой.
- Предлагайте ему попить каждый раз, когда Вы входите в комнату.
- Убедитесь, что чистый стакан всегда у него под рукой. Наполните стакан, если человек не в состоянии это сделать сам. Снабдите его трубочкой для питья, если он испытывает неудобство, пользуясь стаканом, или боится пролить воду.

6. Процедуры общего ухода

Кормление. Для облегчения больному приема пищи необходимо создать ему возможно более удобное положение в кровати, близкое к естественной физиологической позе приема пищи и питья. Прежде, чем кормить больного, нужно убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Если больной нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их наличии и исправности.

Если Ваш больной в силу своего общего состояния не может самостоятельно сидеть, пить и есть, его необходимо кормить непосредственно в постели. Нельзя поить и кормить больного, лежащего с запрокинутой головой, потому что при этом надгортанник открывает вход в трахею и больной может поперхнуться.

Кормить больного надо с чайной или десертной ложки, пища должна быть вкусной и теплой.

При кормлении голову больного надо приподнять. Это достигается тем, что под затылок больному подкладывают левую руку и, поднимая его голову, в то же время поддерживают ее. Правой рукой в это время подают больному ложку с пищей.

Поить больного можно также с ложки. Для очень слабых больных количество жидкости, попадающей в рот со столовой ложки, может быть велико, особенно если у больного болит шея и глотание причиняет боль. Поэтому жидкость можно давать с чайной или десертной ложки. Если больной может и хочет пить сам, то нужно поддерживать ему голову и шею через подушку так, чтобы ему было удобно пить.



Больному, который не может сесть и поднять голову, нужно приобрести поильник с двумя ручками. Лучше иметь два таких сосуда: один для горячих напитков (чай, бульон), другой - для холодных. Можно использовать для питья также пластиковые соломинки. Поить больного надо понемногу и часто, ослабленным больным надо давать время для отдыха между глотками.

Часто больные, перенесшие инсульт, испытывают трудности при глотании. Такому больному легче проглатывать мягкую пищу, чем жидкости, которые сразу попадают в трахею и могут вызвать приступ кашля. Помогая такому больному, есть, нужно соблюдать следующие правила:

- не оставлять больного одного, когда он ест;
- подавать больному пищу в рот сбоку, с неповрежденной стороны, так как он не сможет почувствовать пищу с поврежденной стороны, и она будет скапливаться у него за щекой;
- всегда поощрять больного жевать тщательно и медленно;
- следить, чтобы он сконцентрировался на приеме пищи, устранить любые отвлекающие факторы, например, выключить телевизор, радиоприемник и др.;
- следить, чтобы больной наклонял голову вниз при жевании;
- держать голову больного в приподнятом положении во время еды и в течение получаса после приема пищи.

Перед едой больного необходимо усадить в кровати, приподняв ему немного спину и поддерживая ее подушками.

Если больной может двигаться, его нужно посадить в кровати, свесив ноги, под ноги поставить маленькую скамеечку для создания устойчивого положения. Убедитесь, что Ваш больной находится в правильном положении для приема пищи.

Затем больному вымыть руки, умыть, причесать, поправить одежду. Грудь больного прикрыть салфеткой, заложенной под подбородок. Для этой цели можно использовать полотенце или клеенчатый фартук.

Еду можно подать на подносе. Если необходимо, пищу можно измельчить. Если больному удобно, он может, есть с подноса, или еду поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой.



Чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, нужно использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды.

Важно убедить больного, по возможности, самостоятельно есть самому. Во время еды Вы можете поддерживать его за локоть, если у больного слабость в руке.

Для больных, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к частой еде. Для этого можно использовать надкроватные столики. Нижняя (ножная) доска двигается на колесиках, что позволяет легко передвигать весь стол в любом направлении.

Можно использовать универсальную манжету на специальную посуду для больных с утратой хватательных движений. Например, вилки с эластичным ободком, тарелки с высокими бортиками, которые предотвращают риск уронить пищу. Тарелки с изогнутой внутренней стенкой и слегка приподнятым краем помогают накладывать пищу на вилку или ложку.

Круглая углубленная миска на подставке предназначена для тех, у кого только одна рука или нарушена координация движений. Подставка помогает избежать скольжения миски. Нескользящие миски-ковшики со срезанными краями помогают при приеме пищи больному с нарушениями мышечного тонуса или имеющим только одну руку.

Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды и рекомендуется больным, имеющим только одну руку. Если нет салфетки, можно использовать мокрую скатерть.

Пластиковые рукоятки для столовых приборов улучшают способность захвата их рукой для больных, имеющих проблемы с движением кисти.

Больным с ограниченной свободой движения можно использовать удлиненные вилки и ложки, которые с помощью шарнирной гайки крепятся в удобном положении, облегчая прием пищи.

После еды предложить больному воду для полоскания рта. Затем вытереть рот больного салфеткой, вымыть руки, если необходимо, вымыть лицо больного, убрать посуду и навести порядок на столе. После приема пищи больного удобно уложить в кровать.

Мытье в кровати. Мытье в кровати проводят, если больной - лежачий или затруднена его транспортировка в ванную. Полная процедура мытья в кровати включает мытье головы и всего тела.

Для мытья головы необходимы следующие принадлежности: тазик для воды; подставка для таза; кувшин с теплой водой; мыло или шампунь; клеенка; полотенце; расческа; косынка.



Больного кладут на спину, под спину подкладывают подушку, так чтобы верхний край ее доходил до уровня плеч.

Голова больного должна быть запрокинута. В изголовье кровати постелить клеенку и под голову поставить тазик на подставке. Можно вместо тазика использовать удобную современную надувную ванну для мытья головы.

Волосы смочить теплой водой, нанести

шампунь и намылить волосы, несколько раз расчесав голову руками. Затем хорошо промыть волосы теплой водой, осторожно поливая водой из кувшина, пока не будут удалены все остатки пены.

После ополаскивания волосы вытирают насухо полотенцем и причесывают больного. Голову покрывают сухим полотенцем. Осторожно вынимают тазик с водой и подставку, убирают клеенку, удобно укладывают больного на подушку.

Частота мытья зависит от пожеланий больного и степени загрязнения волос. Если Ваш больной тяжело болен, желательно иметь прическу с короткими волосами.

Мытье всего тела больного производят также 1-2 раза в неделю.

Последовательность действий:

- убрать подушки;
- подложить под больного клеенку;
- раздеть и укрыть больного;
- положить полотенце под голову и плечи;
- вымыть и вытереть шею;
- затем вымыть и вытереть кисть, руку ниже и выше локтя, плечо, подмышку;
- окунуть кисть больного в воду;
- хорошо вытереть кожу между пальцами рук;
- сделать то же самое с другой рукой;
- затем моют грудную клетку и живот;
- после вытирания грудной клетки и живота больного укладывают на бок;
- затем моют спину и ягодицы.

Для мытья больных хорошо использовать варежку из мягкой ткани.

Спину и ягодицы высушивают полотенцем, убирают клеенку. После этого спину протирают спиртом, кожные складки присыпают тальком, затем больного одевают, комфортно укладывают больного и укрывают одеялом.

Необходимо также тщательно следить за чистотой ног больного.



Обустройство и уборка комнаты. Дверные проемы должны быть достаточно широкими. Ширину дверного проема можно увеличить, убрав дверную коробку или сняв дверь и заменив ее занавеской. Дверь должна открываться в направлении, позволяющем создать максимальное пространство для движения. Двери должны иметь удобные ручки или медленно закрывающиеся устройства.

Прихожая должна быть достаточно просторной, особенно если Ваш больной пользуется инвалидным креслом. Если Ваш больной передвигается с помощью трости и имеет нарушение координации движений, в прихожей нужно укрепить настенные поручни для помощи при передвижении.

Комната больного должна быть достаточно просторной и свободной от мебели, чтобы в ней можно было свободно передвигаться, пользоваться инвалидным креслом или другими приспособлениями для ухода.

Атмосфера в комнате больного станет приятнее, если комната будет обставлена дополнительными предметами, которые сделают ее более жилой и уютной. Температура воздуха в комнате должна быть 18 - 20°C. Необходимо регулярно проветривать комнату. При проветривании необходимо избегать сквозняков (отгородить больного ширмой, укрыть одеялом или пледом).

Больной должен лежать в кровати, а не на диване или кушетке. Высота спального места от пола до матраца должна быть 60 - 70 см. Следует помнить о том, что кровать для больного не только удобнее, но и гигиеничнее и лучше приспособлена для различных процедур по уходу.

Если Ваш больной ходячий, то кровать должна быть низкой, чтобы обеспечить легкость при укладывании и вставании из нее. Высота спального места должна быть на уровне 45 - 50 см от пола до матраца.

Для пользователя инвалидным креслом кровать должна находиться на одном уровне с креслом. Кровать следует поставить так, чтобы можно было подойти к больному с двух сторон, что облегчит уход за ним. К одной или обеим спинкам кровати можно прикрепить горизонтальную штангу над всей длиной кровати или использовать ее укороченный вариант - Г - образный кронштейн в изголовье, позволяющий сесть из положения лежа и перевернуться. Для больных со слабыми руками на раму подвешивают мягкую петлю, которая цепляется за запястье при пересаживании с кровати в инвалидное кресло. Для лежачего больного ленту с петлей для подъема можно привязать к спинке кровати в ногах.

Что касается расположения кровати относительно окна, то следует знать, что если больной лежит лицом к окну, то яркий свет бьет в глаза, мешает читать, затрудняет дневной сон, поэтому лучше всего, если больной лежит боком к окну.

Около кровати надо поместить на расстоянии вытянутой руки тумбочку с необходимыми для больного предметами. На прикроватной тумбочке желательно иметь настольную лампу (особенно удобна лампа, меняющая положение), телефон (лучше кнопочный, так как он более удобен для больных со слабыми руками), дистанционный выключатель электроприборов (верхнего света, телевизора, замка входной двери).

Для больных, пользующихся инвалидным креслом или ходунками, должно быть достаточно места около кровати и перед платяным шкафом. Шкаф для одежды должен иметь низко расположенные полки для белья и вешалки.

В столовой у больного на коляске должно быть место, удобное для него.

В кухне установить подвесные шкафы и полки на небольшой высоте, доступной для больного.

Ковры и ковровые покрытия должны покрывать всю поверхность и лежать на полу без морщин, чтобы больной не споткнулся и не упал.

Важно правильно освещать комнату больного. Свет должен быть достаточно ярким, но не бьющим в глаза больного. Светильник лучше располагать позади больного. При уходе за тяжелым больным и старыми людьми необходимо на ночь оставлять приглушенный свет.

В квартире больного каждый день следует делать уборку. С гигиенической точки зрения, предпочтительнее пол, покрытый линолеумом. Не следует использовать небольшие коврики или дорожки, так как они затрудняют уборку комнаты и использование инвалидного кресла. Следует избегать излишних декоративных предметов и украшений.

Пересаживание с кровати на стул или кресло-каталку. Пересаживаться с кровати на стул или кресло-каталку больной может самостоятельно или с Вашей помощью. Высота кровати должна быть на одном уровне с креслом-каталкой или стулом.

Самостоятельное перемещение с кровати на кресло-каталку.

- Вначале готовят больному халат, тапочки, стул или кресло-каталку;
- Помогают больному одеться и сесть в кровати, так чтобы его ноги касались пола;
- Кресло-каталку или стул ставят под небольшим углом к кровати с той стороны больного, которая физически более сильная;
- Кровать ставят на тормоза;
- Если больной перемещается на кресло-каталку, у кресла фиксируют тормоза, убирают подлокотник со стороны, близкой к больному, и подставку для ног;
- Больной должен сесть на край кровати, одной рукой опереться на нее, а другой - взяться за подлокотник кресла-каталки;
- Затем он встает с постели, одной рукой опираясь на кровать, а другой - на подлокотник кресла, поворачивается спиной к креслу и осторожно садится в него.

При перемещении из кресла-каталки в кровать больной одной рукой держится за подлокотник кресла, а другой - опирается о кровать, затем встает с кресла-каталки, опираясь о кровать одной рукой, а другой - держась за подлокотник кресла, поворачивается спиной к кровати и осторожно садится на нее.

При перемещении с кровати на стул и обратно, можно использовать те же приемы, что и при перемещении с кровати на инвалидное кресло. Для безопасности больного лучше использовать стул с подлокотниками.

Использование гладкой доски для перемещения больного с кровати на стул или инвалидное кресло и обратно. Такие доски уменьшают трение при скольжении и могут быть полезны больным с сильными руками, но не имеющими возможности опираться на ноги при пересаживании.



- Кресло или стул придвигают вплотную к кровати, кресло ставят на тормоза, снимают подлокотник с кресла со стороны кровати.
- Больной должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него.
- Больной должен перенести вес своего тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу.
- Один конец доски больной подсовывает под ближайшую к коляске ягодицу.
- Опираясь одной рукой на кровать, а другой - на свободный край доски, больной скользит в кресло по доске, прижимая ее к сидению.
- После усаживания в кресло он вынимает из-под себя доску.

- Сидя в кресле, он перемещает с кровати ноги и ставит их на подставку для ног. Таким же образом можно перемещаться из кресла на кровать.

Перемещение с кровати на стул и обратно с помощью ухаживающего.

- Больному приготовьте халат, тапочки, стул или кресло-каталку. Кровать должна быть на одной высоте со стулом (креслом-каталкой);
- Посадите больного в кровати так, чтобы его ноги касались пола;
- Поставьте стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у больного физически более сильная;
- Кровать поставьте на тормоза. Если Вы перемещаете больного на кресло-каталку, уберите подлокотник, подставку для ног и зафиксируйте тормоза;
- Помогите больному одеться и обуться;
- Ваши колени должны быть согнуты, спина выпрямлена. Подложите одну руку под плечи больного, а другую под его бедра. Не поворачивайте свою спину в пояснице;
- Попросите больного, чтобы он обнял Вас за талию или плечи (но не за шею!), а Вы проденьте свои руки под его руками, наклоняясь вперед;
- Когда Ваш больной будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, чтобы он мог сохранять равновесие, когда Вы будете перемещать его массу тела вперед. Ноги больного должны стоять на полу, а пятки - быть слегка повернутыми в направлении движения. Это необходимо для того, чтобы его ноги не запутались, когда он будет поворачивать корпус, чтобы сесть в кресло-каталку или на стул;
- Поставьте свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями больного коленом к нему, а другую - по направлению движения;
- Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, спину держите прямо;
- Встаньте как можно ближе к больному. Предупредите его, что на счет "3" Вы поможете ему встать. На каждый счет слегка покачайтесь вперед и назад для создания инерции. На счет "3", прижимая больного к себе и держа спину прямо, поднимайте больного, используя свое тело как рычаг;
- Поворачивайтесь сами одновременно с поворачиванием тела больного до тех пор, пока он не займет положения прямо перед креслом-каталкой. Попросите больного предупредить Вас, когда он почувствует край кресла задней поверхностью бедер;
- Осторожно опустите больного в кресло. Для этого Вам нужно согнуть колени и держать спину прямо. Опускаясь в кресло, больной может помочь Вам, если положит руки на подлокотник кресла. После того как больной сядет в кресло, поставьте подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместите ноги больного.

Перемещение по доске с кровати на кресло-каталку с помощью ухаживающего.

- Кресло или стул придвиньте вплотную к кровати, кресло поставьте на тормоза, снимите подлокотник с кресла со стороны кровати;
- Больной должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него;
- Больной должен перенести вес собственного тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу;
- Один конец доски подсуньте ему под ближайшую к коляске ягодицу;
- Встаньте за спиной больного и свои руки положите ему на талию;
- Одной рукой больной должен опираться на кровать, а другой - на свободный край доски;

- Затем, опираясь на свободный край доски и пригибая ее к креслу, больной с Вашей помощью и помощью другой руки должен перемещаться в кресло;
- Вытащите из-под него доску;
- Переместите с кровати его ноги и поставьте их на подставку для ног. Таким же образом можно перемещаться из кресла на кровать.

Перестилание постели.

Подготовка:

- Если при смене белья Вам нужна помощь, то планируйте это сделать тогда, когда рядом есть помогающий;
- Приготовьте постельное белье: сложите его в том порядке, в каком будете его брать и расположите на горизонтальной поверхности, например, стола или стула;
- Приготовьте емкость для сбора грязного белья. Если ничего под руками нет, можно расстелить на полу несколько газет.

Инфекционная безопасность

- Вымойте руки до и после перестилания постели;
- Если белье испачкано кровью или испражнениями, наденьте перчатки;
- В процессе перестилания не прислоняйте к себе ни чистое, ни грязное белье;
- Не встряхивайте белье и постельные принадлежности, не взбивайте подушку и одеяло в комнате больного!
- Не кладите грязное белье куда попало: на пол, стулья или другие места.

Смена пододеяльника и наволочки. Производится обычным порядком, как при любом ином застилании постели.

Смена простыни. Смену простыни можно произвести продольно (от головы к ногам больного) или поперечно (от одного края кровати к другому):

Продольная смена простыни

- Скатайте простыню продольным валиком;
- Если больной пользуется клеенкой и пеленкой, также скатайте клеенку и отдельно пеленку продольными валиками;
- Смените наволочку на подушке и положите подушку под голову больного;
- Смените пододеяльник, одеяло в чистом пододеяльнике отложите в сторону;
- Поверните больного на бок, скатайте под ним грязную простыню валиком по всей длине кровати и одновременно раскатайте до половины кровати валик чистой простыни;
- Поверните больного на другой бок, соберите грязную простыню и сбросьте ее в бак для грязного белья;
- Раскатайте вторую часть чистой простыни;
- Если нужны клеенка и пеленка, то застилайте их вслед за простыней в том же порядке.

Поперечная смена простыни

- Скатайте чистую простыню поперечным валиком;
- Скатайте под подушкой грязную простыню;
- Подложите валик чистой простыни под подушку больного и закрепите ее;

- Последовательно приподнимая сначала верхнюю часть тела, затем ягодицы и ноги, скатывайте грязную и раскатывайте чистую простыню;
- Если нужно перестилать клеенку и пеленку, то подложите их тогда, когда будете поднимать ягодицы больного.

Дальнейшие действия

- Укройте больного одеялом;
- Заправьте окончательно простыню под матрас и расправьте складки;
- Удобно уложите больного;
- Уберите грязное белье;
- Протрите прикроватный столик и полы вокруг кровати больного.

Подмывание. Больные, находящиеся в тяжелом состоянии и не способные самостоятельно осуществлять гигиенические процедуры, нуждаются в подмывании.

Подмывание - процедура интимная. Многие больные стесняются прибегать к помощи посторонних лиц. Поэтому процедура требует интимных условий и деликатного обращения с больным.

Для проведения процедуры необходимо подготовить: клеенку; судно (лучше жесткое и вместительное); пару одноразовых перчаток; кувшин с теплой водой; мыло жидкое; ветошь для мытья; полотенце для вытирания; пеленку для смены; чистое гигиеническое белье; средства для обработки опрелостей.

Необходимо создать подходящие условия для проведения процедуры:

- оставайтесь с больным в комнате наедине;
- попросите всех не беспокоить Вас и больного в течение некоторого времени;
- закройте дверь в комнату;
- закройте окно комнаты шторой, если она находится на первом этаже;
- будьте деликатны в обращении;
- не смейтесь и не улыбайтесь, так как обнаженный человек очень уязвим;
- дайте больному ощутить температуру воды, которой Вы будете проводить подмывание.
- по окончании процедуры сначала укройте больного, а затем убирайте оборудование.

Последовательность подмывания мужчины:

- наденьте перчатки;
- бережно оттяните крайнюю плоть головки полового члена, обнажив головку;
- смочите вату или марлю в теплой воде, слегка отожмите и протрите головку полового члена;
- протрите кожу полового члена и мошонки;
- другим куском марли или ваты протрите паховые складки, предварительно попросив больного распрямить ноги для лучшего раскрытия складок;
- другим куском марли или ваты протрите кожу вокруг ануса;
- просушите кожу салфеткой;
- обработайте складки кожи для профилактики опрелостей.
- снимите перчатки и вымойте руки.

Последовательность подмывания женщины:

- помогите ей лечь на спину (ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены);
- постелите клеенку под таз больной и между ее ног;
- поставьте емкость с водой между ног у больной;
- встаньте справа от больной;
- наденьте перчатки, а на правую руку поверх перчатки "варежку";
- смочите "варежку" в воде и проведите несколько раз сверху вниз последовательно справа и слева, обходя половую щель;
- вымойте область анального отверстия;
- снимите "варежку";
- осушите сухой салфеткой половые губы, затем область анального отверстия;
- уберите емкость с водой, клеенку; снимите перчатки;
- помогите больной лечь удобно и укройте ее;
- вымойте руки.

Мытье в комнате. Если Ваш больной не полностью обездвижен, если он может сидеть, но по состоянию своего здоровья не может посещать ванную комнату, то мытье можно проводить на стуле или санитарном кресле в комнате. Для этого необходимо закрыть окна, чтобы не было сквозняков, температура воздуха в комнате должна быть 21-22°C. На пол постелить клеенку, на нее поставить стул или санитарное кресло, на стул постелить клеенку, на нее - полотенце или пеленку. Больному нужно помочь пересест с кровати в кресло или на стул, раздеть его. Перед больным поставить на табурет таз с теплой водой, ноги больного опустить в таз с водой. Для мытья можно использовать мочалку или рукавицу, сшитую из махрового полотенца. На коленях больного можно расстелить намыленную моечную ткань, о которую больной, наклонившись, может тереть кожу. На спинку сидения повесить полотенце, чтобы при мытье тереться об него спиной. Для ополаскивания удобно использовать кусочки ткани, чтобы не загрязнять ополаскивающую воду. Голову больного можно вымыть над тазиком.

Для мытья головы необходимы следующие принадлежности: тазик для воды; подставка для таза; кувшин с теплой водой; мыло или шампунь; клеенка; полотенце; расческа; косынка.

Попросить больного наклонить голову вперед, затем волосы смочить теплой водой (34 - 37°C), нанести шампунь и распределить его по голове, намылить волосы, несколько раз расчесав голову руками. Затем хорошо промыть волосы теплой водой, ополоснуть волосы, одной рукой расправляя волосы, другой - осторожно поливая водой из кувшина. Затем волосы тщательно прополоскать, пока не будут удалены все остатки пены. После ополаскивания волосы вытирают насухо полотенцем и причесывают больного. Голову покрывают сухим полотенцем. Затем вымыть и вытереть шею, вымыть и вытереть кисть, руку ниже и выше локтя, плечо, подмышку, окунуть кисть больного в воду. Затем вымыть грудную клетку, живот, спину, ягодицы. Ноги больного хорошо намылить, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа, ноги сполоснуть чистой теплой водой, приподняв их над тазом, вынуть таз, ноги вытереть насухо полотенцем, особенно между пальцев, смазать подошвы и пятки детским кремом или кремом для ног, можно одеть носки. После мытья больного одеть в чистое белье и уложить в постель.

Мытье в ванной комнате. Если Ваш больной может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате.

Ванную комнату необходимо соответствующим образом подготовить.



Температура в помещении должна быть около 24°C, на пол около ванны положить резиновые гофрированные коврики, предупреждающие скольжение, на стене прикрепить поручни, не допускать наличия воды на полу в ванной, около ванны поставить стул или табурет для больного, приготовить ваннные принадлежности, полотенце, чистое белье и халат.

Температура воды в ванне должна быть 35-37°C.

Перед началом процедуры мытья помочь больному добраться до ванной комнаты и войти в нее. В ванной посадить больного на стул, раздеть его и помочь войти в ванну.

Если Ваш больной человек физически слабый или у него ограничена устойчивость, то можно использовать крепкий поручень, крепящийся на ванну, который обеспечит безопасное вхождение в ванну и выход из нее.

Если у больного нарушена функция нижних конечностей, он перемещается со стула на край ванны, одной рукой держится за настенный

поручень, а с помощью другой руки - перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и, держась одной рукой за поручень, а другой за край ванны, опускается в нее.

Если у больного нарушены активные и пассивные движения верхних и нижних конечностей, нарушена координация движений, то больного можно вымыть, посадив его в ванне на скамеечку, вращающийся стул или сидение для ванны, а процедуру мытья проводить с помощью ручного душа.

Мытье больного в ванне нужно начинать с того, чтобы смочить все тело теплой водой, вымыть голову, затем тело, руки, ноги.

Избегайте применения масел для смягчения кожи, которые делают ванну скользкой, не оставляйте мыло в воде, на дно ванны постелите нескользкую подстилку или полотенце.

Если помещение ванной комнаты достаточно просторно, то к потолку можно прикрепить штангу со скользящей по ней подвеской. Она позволит больному передвигаться без кресла-коляски и без посторонней помощи принимать ванну.

После мытья мыло смыть, помочь больному выйти из ванны, усадить его на край ванны, затем на стул, вытереть полотенцем, надеть чистое белье, халат, тапочки, причесать больного, дать ему передохнуть и помочь дойти до кровати, уложить больного в кровать.

Для больного человека процедура мытья очень важна, так она освежает и расслабляет больного, уничтожает неприятный запах тела, удаляет грязь и омертвевшие клетки кожи, улучшает кровообращение, позволяет комфортно себя чувствовать.

Помощь в туалете. Больные люди часто нуждаются в том, чтобы им помогли дойти до туалета. Иногда может быть достаточно, довести больного до туалета, но в других случаях необходимо помочь ему при совершении физиологических отправления и после этого.

Больному нужно помочь встать с кровати, посадить его на стул или инвалидное кресло, надеть халат и тапочки, с Вашей помощью или с помощью трости, костылей или инвалидного кресла дойти до туалета, войти в туалет.



В узкой туалетной комнате можно использовать поручни, которые будут удобны для поддержки больного при посадке на унитаз.

Затем помочь больному снять нижнюю одежду, принять соответствующее положение для опорожнения мочевого пузыря или кишечника, затем приподнять больного, взять туалетную бумагу и промокнуть промежность. Если есть необходимость, тщательно вымыть задний проход теплой водой с мылом, вытереть полотенцем. Затем надеть одежду, помочь выйти из туалета и дойти до кровати.

Если в квартире больного большая туалетная комната и больной может заезжать в нее в инвалидном кресле, он может пересаживаться из кресла на унитаз, держась за поручни.

Для перемещения больного с инвалидного кресла на унитаз и обратно можно использовать доски с гладкой поверхностью, которые уменьшают трение при скольжении и могут быть полезны больным с сильными руками, но не имеющими возможности опираться на ноги при пересаживании.

При использовании доски с гладкой поверхностью нужно кресло поставить вплотную с унитазом, кресло поставить на тормоза, снять подлокотник с кресла со стороны унитаза. Больной должен сидеть в кресле, чтобы унитаз был сбоку от него. Больной должен перенести вес тела на дальнюю по отношению к унитазу ягодицу. Один конец доски больной подсовывает под ближайшую к унитазу ягодицу. Одной рукой больной опирается о подлокотник кресла, а другая - опирается на свободный край доски. Затем, опираясь на свободный край доски и пригибая ее к унитазу, больной с помощью другой руки скользит по доске и перемещается в унитаз, затем вынимает из-под себя доску. Таким же образом можно перемещаться с унитаза в кресло.

Если Ваш больной не может самостоятельно перемещаться с кресла на унитаз и обратно, то понадобится Ваша помощь. Объясните своему больному Ваш план перемещения и поощряйте посильную помощь подопечного.

Если больной не может посещать туалет даже с посторонней помощью, можно использовать различные типы санитарных стульев непосредственно у кровати больного.



Техника пересаживания с кресла на унитаз. Поставьте кресло на тормоза. Встаньте перед больным. Ваши колени должны быть согнуты, спина выпрямлена. Подложите одну руку под плечи больного, а другую под его бедра. Не поворачивайте свою спину в пояснице. Попросите больного, чтобы он поднял руки, а Вы проденьте свои руки под его руками, наклоняясь вперед, он должен обнять Вас за плечи или талию.

Когда Ваш больной будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кресла, чтобы он мог сохранять равновесие, когда Вы будете перемещать его массу тела вперед.

Ноги больного должны стоять на полу, а пятки - быть слегка повернутыми в направлении движения. Это необходимо для того, чтобы его ноги не запутались, когда он будет поворачивать корпус, чтобы сесть на унитаз.

Поставьте свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями больного коленом к нему, а другую ногу - по направлению движения. Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, спину держите прямо. Встаньте как можно ближе к больному. Используйте надежную опору, прижимайте больного к себе, держите спину прямо, поднимайте больного плавно, не дергайте и не переворачивайте его. Держите

свою голову с той стороны головы больного, где находится унитаз. Не давите ему под мышками.

Предупредите больного, что на счет "3" Вы поможете ему встать. На каждый счет слегка покачайтесь вперед и назад для создания инерции и на счет "3" поднимайте больного.

Поворачивайтесь сами одновременно с поворачиванием тела больного до тех пор, пока он не займет положения прямо перед унитазом. Попросите больного предупредить Вас, когда он почувствует край унитаза задней поверхностью бедер.

Осторожно опустите больного на унитаз. Для этого Вам нужно согнуть колени и держать спину прямо. Затем помогите больному снять одежду.

После того как больной опорожнит мочевой пузырь или кишечник, приподнять больного, взять туалетную бумагу и промокнуть промежность. Затем помочь надеть одежду и пересест в кресло. Для больных с недержанием мочи и кала можно использовать памперсы, катетеры, калоприемники. После туалета принести больному тазик с водой для мытья рук.

Помощь при физиологических отправлениях в кровати. Мочеиспускание и дефекация требуют интимных условий и деликатного обращения с больным. Необходимо помнить, что лежачий больной зависит от постороннего человека. Кроме того, они часто не могут длительное время удерживать возникший позыв, и поэтому очень важно быстро отреагировать на просьбу больного и вовремя оказать ему помощь. Не удержанные моча и кал, попавшие на нательное или постельное белье больного, не только способствуют образованию пролежней, но и вызывают резкое ухудшение психического состояния больного, приводя к депрессии.

В комнате, где больной вынужден совершать физиологические отправления, необходимо создать следующие условия:

- попросите всех выйти из комнаты;
- закройте дверь в комнату;
- занавесьте шторы, если комната расположена на первом этаже;
- приготовьте туалетную бумагу в достаточном количестве;
- приготовьте полотенце, мыло, тазик с водой для того, чтобы больной после процедуры смог помыть руки.

Во время проведения процедуры недопустимы шутки, улыбки, гримасы, замечания.

Подавая судно, опустите головной и ножной концы кровати так, чтобы кровать стала максимально плоской. Попросите больного согнуть колени и приподнять таз, передвигая ноги вдоль матраса. При необходимости больной может воспользоваться надкроватьной опорой или другими опорными приспособлениями.

Если сил у больного не хватает, можно просунуть руки под нижнюю часть его спины и приподнять ее.

Если больной не в состоянии Вам помогать, переверните его сначала на бок, поставьте судно на место, куда придутся ягодицы больного, затем поверните больного обратно так, чтобы ягодицы легли на судно. Подавать судно или мочеприемник необходимо теплыми. Для этого перед подачей необходимо ополоснуть их горячей водой. Если позволяют обстоятельства, оставьте больного одного в комнате и попросите его, чтобы он дал Вам знать, когда Вы понадобится. При возможности, после того, как больной ляжет на судно, поднимите головной конец кровати, чтобы положение больного максимально приблизилось к естественному положению при совершении дефекации. После дефекации или мочеиспускания помогите больному переместиться с судна, опустите головной конец

кровати и попросите больного приподнять таз для того, чтобы извлечь судно из-под больного.

Судно выносите плотно закрытыми крышкой или пленкой. После того как вылили содержимое в унитаз, тщательно вымойте судно под проточной водой и поставьте его на место. После мытья не закрывайте судно непромокаемой тканью, чтобы оно смогло просохнуть. По окончании процедуры не забудьте проветрить комнату. Процедуру необходимо проводить в одноразовых перчатках. Сняв перчатки, руки еще раз необходимо тщательно вымыть.

Приготовление кровати. После того, как местоположение кровати в комнате выбрано, необходимо правильно застелить ее с учетом проблем больного.

Если больной будет находиться в кровати достаточно долго, тем более постоянно, необходимо приготовить толстый мягкий, но упругий матрас. Он должен быть однородным, без бугров и комков.

Одеяло должно быть теплым и легким. Материал, используемый для одеяла, должен хорошо пропускать воздух - лучше всего, если это хлопчатобумажная ткань.

Если больной будет пользоваться судном в постели или он страдает недержанием мочи, под простыню необходимо подстелить клеенку.

Для больных, подвижность которых ограничена, необходимо запастись разнообразными валиками и подушечками для подкладывания под разные части тела. Это могут быть обычные подушки, куски обтянутого материей поролона и т. д.

Белье, которым застилают постель, лучше выбрать не новое, а несколько раз постиранное и мягкое. Нежелательно, чтобы на белье были швы, заплатки, пуговицы - это может способствовать появлению пролежней.

Смена нательного белья

- снимайте бельё, начиная со здоровой части тела, а заканчивайте больной, при одевании наоборот - сначала одевайте на больную часть тела, затем - на здоровую;
- бельё должно быть мягким, удобным, хорошо впитывать влагу, не рваным; для тяжелых больных, в целях профилактики пролежней, бельё не должно иметь грубых швов, пуговиц, заплаток. Для этой цели подходят футболки.
- если больной может сидеть или хотя бы присесть на несколько минут с Вашей помощью - это значительно облегчит переодевание;
- больных в тяжелом состоянии лучше переодевать вдвоем;
- для больных с недержанием мочи используют короткие рубашки или футболки;
- переодевать больного следует ежедневно, а при необходимости - и по несколько раз в день;
- поощряйте больного к самостоятельности, но не доводите его до изнеможения.

Уход за ногтями. Длинные и необработанные ногти представляют опасность для кожи, т.к. способствуют ее травмированию, особенно у лежачих больных, страдающих кожным зудом.

Гигиенический уход за ногтями осуществляют по мере их отрастания. В среднем, стрижку и обработку ногтей на пальцах рук проводят 1 раз в 3-5 дней, а на пальцах ног - 1 раз в 7-10 дней. Кроме того, необходим тщательный ежедневный туалет ногтей во время мытья рук. Особое внимание следует уделять больному с недержанием кала.

Для стрижки ногтей на руках лучше всего использовать ножницы с одним или двумя закругленными концами - это позволяет безопасно удалять грязь и ороговевший эпителий

из-под ногтей. Для стрижки ногтей на пальцах ног больше подходят педикюрные кусачки, поскольку с толстыми и твердыми ногтями ножницами не справиться.

Перед стрижкой ногтей лучше всего сделать теплые мыльные ванночки для кистей и стоп на 15-20 мин. Это облегчает стрижку и позволяет, не травмируя кожу, удалить отросшие края ногтевых пластинок.

Уход за волосами. Гигиенический уход за волосами индивидуален, мытье жирных волос осуществляют один раз в 5 дней, а сухих - один раз в 10 дней.

Необходимо ежедневное расчесывание волос. Короткие волосы расчесываются от корней к концам, а длинные волосы необходимо разделить на небольшие пряди и осторожно расчесывать их от концов к корням, стараясь не выдергивать. Расчесывать волосы нужно гребенкой с нечастыми пластмассовыми зубцами с тупыми концами.

Обладателям длинных волос их лучше заплетать в две слабые косы, начинающиеся от теменных бугров. Закреплять косы лучше хлопчатобумажной лентой или тесьмой, а не резинкой, которая может теряться. Лучше не использовать заколки, шпильки и т.п.

Уход за глазами. Обычный гигиенический уход должен осуществляться 1-2 раза в сутки, при необходимости - чаще. Отсутствие надлежащего ухода может привести к воспалению слизистой оболочки глаз, конъюнктивиту и к воспалению кожи вокруг глаз.

Приготовить: емкость с жидкостью (кипяченая вода, отвар ромашки, отвар календулы, старая чайная заварка, раствор фурациллина 1:500); ватные тампоны; мягкое полотенце или марлевые салфетки; полиэтиленовый пакет для грязных тампонов; пеленку или полотенце.

Для обработки глаз следует:

- вымыть руки;
- удобно уложить или усадить больного и прикрыть подушку и/или грудь больного пеленкой или полотенцем;
- сложить все ватные шарики, кроме двух, в емкость с жидкостью;
- если на ресницах имеются сухие корочки, то положить на закрытые глаза на несколько минут ватные тампоны, обильно смоченные жидкостью, чтобы корочки размокли, и их последующее удаление было безболезненным;
- обработку начать с более чистого глаза;
- сухим тампоном слегка оттянуть нижнее веко, а тампонами, смоченными жидкостью, промыть глаз однократным движением от наружного края глаза к внутреннему;
- осушить промокивающими движениями кожу вокруг глаза марлевыми салфетками или полотенцем;
- выбросить использованные ватные тампоны, вымыть руки;
- емкость для жидкости хранить отдельно от другой посуды в чистом месте, перед употреблением ополаскивать кипятком.

Уход за носом. Гигиенический уход за полостью носа включает очистку носовых ходов от выделений и должен осуществляться 1-2 раза в сутки, при необходимости чаще.

Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и носовых пазух и образованию язвочек.

Приготовить: узкие ватные тампоны; подогретое до 38°C вазелиновое или любое растительное масло; ватные шарики или марлевые салфетки; полиэтиленовый пакет для использованного материала; при наличии жидкого отделяемого из носа - маленький грушевидный баллон с мягким наконечником, так называемую "спринцовку".

Для очистки полости носа следует:

- удобно уложить больного;
- смочить один ватный тампон в теплом масле и ввести в один носовой ход на 1 мин, затем сухим тампоном удалить из носового хода остатки масла и размякшие корочки. То же повторите и с другим носовым ходом;
- при наличии жидкого отделяемого из носа необходимо грушевидным баллоном отсосать слизь из носовых ходов и сухими тампонами удалить остатки слизи;
- ватным тампоном или марлевой салфеткой очистить кожу вокруг носовых ходов от слизи и масла;
- выбросить использованный материал, закрыть и убрать масло, вымыть руки.

Уход за полостью рта. Полость рта требует тщательного постоянного ухода. Большое количество микроорганизмов, скапливающихся в ней, при определенных условиях вызывают заболевания полости рта и способствуют ухудшению общего состояния и самочувствия человека. Если ротовая полость человека периодически не очищается, то во рту и гортани накапливается все больше и больше болезнетворных бактерий, что в значительной мере увеличивает вероятность, особенно у ослабленных больных, развития инфекционных заболеваний дыхательных путей. Иногда возникают сухость губ и слизистых полости рта, болезненные трещины в углах рта. Появление болезненности при жевании заставляет больных полностью отказываться от приема пищи. Процессы гниения в полости рта сопровождаются появлением неприятного запаха изо рта, беспокоящего больного и окружающих его людей.

Гигиенический уход должен включать туалет полости рта после полного сна и после каждого приема пищи, а также после рвоты.

Если больной не принимает пищи, то обработку рта необходимо проводить не менее 4 раз в сутки. Если больной дышит ртом, то и чаще.

Для ухода за полостью рта следует использовать очень мягкую зубную щетку, а для слабых больных - марлевые тампоны. Если больной в состоянии хорошо полоскать рот, можно использовать зубную пасту. После еды полезно полоскать рот теплой водой или отварами ромашки, шалфея, зверобоя.

Для тех, кто слаб, лучше использовать зубной эликсир или растворы антисептиков:

- раствор фурациллина (2 таблетки на 400 мл воды);
- раствор соды (1/2-1 чайная ложка на стакан воды);
- отвар ромашки;
- отвар коры дуба (при кровоточащих деснах).

Для обработки полости необходимо приготовить:

- зубную щетку и пасту или марлевые тампоны, салфетку, зажим и емкость с раствором антисептика;
- грушевидный баллон - для тех, кто не может удерживать воду во рту, или стакан;
- емкость для сплевывания (обычная миска или маленький тазик);
- шпатель (можно использовать ручку ложки) - для отодвигания щеки и прижатия языка;
- перчатки;
- вазелин или гигиеническую губную помаду.

Для обработки полости рта следует:

- придать больному удобное положение сидя или лежа (лежа - голову необходимо повернуть набок);
- надеть перчатки;
- марлевым тампоном, смоченным раствором антисептика или зубной щеткой очистить зубы;
- продолжить обработку, продвигаясь от коренных зубов к резцам и меняя тампоны (на обработку рта необходимо, в среднем, 10-15 тампонов);
- движения зубной щетки проводят по оси зуба (вверх-вниз), захватывая часть десны. Не рекомендуется чистить зубы с помощью движений поперек оси зубов, так как это может приводить к стиранию эмали в области шейки зуба;
- язык очистить в последнюю очередь. Если язык не удерживать, то очистка его будет затруднена, поэтому оберните его марлевой салфеткой и потяните на себя. Во время снятия налета не нажимайте на корень языка, чтобы случайно не вызвать рвоту;
- попросить больного хорошо прополоскать рот или промыть из грушевидного баллона раствором антисептика;
- осушить губы и кожу вокруг рта;
- смазать губы вазелином или гигиенической помадой;
- снять перчатки, вымыть руки.

Если больной пользуется съемными зубными протезами, их необходимо ежедневно снимать и обрабатывать два раза в день - утром и вечером - в специальных дезинфицирующих растворах. Затем протезы промываются проточной водой и снова надеваются.

Уход за ушами. Обычный гигиенический уход предусматривает очистку наружных слуховых проходов и совершается индивидуально (от 1 раза в день до 1 раза в неделю). Отсутствие надлежащего ухода приводит к скоплению ушной серы и закупориванию слухового прохода, воспалению слизистой оболочки, образованию корочек, трещин или язвочек.

Приготовить: узкие ватные тампоны; подогретое растительное или вазелиновое масло; полиэтиленовый пакет для использованного материала.

Для очистки ушей следует:

- вымыть руки;
- удобно уложить или усадить больного;
- смочить один тампон в теплом масле и ввести вращательными движениями в слуховой проход на 1 мин, затем удалить. Сухим тампоном такими же движениями удалить остатки масла и размякшие корочки;
- выбросить использованный материал, закрыть и убрать масло, вымыть руки.

7. Собственная безопасность

Ухаживая за больным человеком, особенно важно обезопасить себя от физических перегрузок, травм. Для того, чтобы сохранить длительную работоспособность, ухаживая за тяжелобольным человеком, Вам необходимо:

- Иметь хорошую физическую форму.
- Знать и уметь пользоваться правилами поднятия и перемещения тяжестей.
- Заботиться о своем здоровье.

- Соблюдать правила санитарии и гигиены.

Поддержание хорошей физической формы. Поскольку уход за больным требует применения физической силы и гибкости, Вам необходимо не менее 4 раз в неделю делать физическую зарядку. Важно, чтобы были упражнения на растяжение суставов, упражнения для мышц спины и шеи.

Весьма желательно совершать ежедневные прогулки на свежем воздухе быстрым шагом.

Если у Вас есть любимые занятия, типа катания на коньках, лыжах, бега, плавания, то хорошо, чтобы они были регулярными.

Знать и уметь пользоваться правилами поднятия и перемещения тяжестей.

- Одежда должна быть свободной
- Обувь должна плотно облегать ногу, подошва - минимально скользить по полу. Предпочтительна обувь из кожи или плотной х/б ткани, с широким каблуком высотой не более 4 - 5 см.
- Не поднимайте тяжести и не работайте в положении наклона туловища вперед. Нагрузка (давление на межпозвоночные диски) с увеличением угла наклона возрастает в 10 - 20 раз. Это значит, что при поднятии или перенесении предмета весом в 10 кг в положении наклона туловища вперед Вы подвергаетесь нагрузке в 100 - 200 кг.
- При поднятии тяжелого груза располагайте его как можно ближе к груди и только на согнутых и максимально прижатых к груди руках. Чем дальше вы отстраняете предмет от себя, тем больше нагрузка ложится на Ваш позвоночник.
- Распределяйте нагрузку на руки равномерно и спину всегда держите прямо.
- Если нужно поднять предмет из низкого положения, например, с пола, присядьте рядом с предметом, сохраняя прямое положение спины, возьмите предмет в руки и прижмите его к туловищу, а затем вставайте, сохраняя прямую спину.
- Если нужно помочь больному, лежащему в кровати, например, передвинуть его или помочь принять сидячее положение, допустимо не склоняться над ним и не тянуться к нему к глубокому краю кровати, а встать на край кровати на одно колено и, крепко упираясь на него, помочь больному.
- Ноги ставьте на ширине плеч, а стопы - параллельно друг другу.
- Если необходимо поднятый Вами груз сместить в сторону - не поворачивайтесь только верхней частью тела, а поворачивайтесь всем корпусом.
- Всегда ищите возможность облегчить нагрузку: используйте помощь больного (его возможность подтянуться, оттолкнуться, опереться и т.п.) и окружающих. Не стесняйтесь и не ленитесь просить помочь поднять или перенести больного.
- Используйте специальные приспособления для облегчения своей работы: опоры, транспортные доски, поворотные круги и т.п.

Заботиться о своем здоровье.

- Уход за тяжелыми больными, особенно длительный, уход за умирающими, психическими больными, больными с выраженным болевым синдромом и т.д. - это тяжелый труд, забирающий много физических и душевных сил. Надеяться только на порыв, на свое чувство долга, свои эмоции - нельзя! Необходимо повышать душевную и телесную крепость своего организма, что бы Вы могли адекватно, долгое время без вреда для себя служить больному.

- Наше здоровье и работоспособность во многом зависят от ночного отдыха. Позаботьтесь о полноценном сне! Идеальная поверхность для отдыха - это ортопедический матрац, можно использовать умеренно жесткую кровать.
- Важен продолжительный полноценный ежегодный отдых, желательно на природе. При уходе за тяжелым онкологическим или психическим больным отдых может потребоваться чаще. Нельзя пренебрегать этим, так как Ваше переутомление и последующие физические и психические срывы принесут Вам и Вашему больному больше вреда, чем периодическое расставание с больным для отдыха и поправки здоровья.
- В процессе работы, если она продолжается несколько часов, нужно предусмотреть возможность полноценного кратковременного отдыха (в течение 15-20 мин каждые 2 часа).
- Питание должно соответствовать физической нагрузке. Если Вам приходится много трудиться у постели больного, Вы должны увеличить калорийность своего пищевого рациона, как человек, занимающийся тяжелым физическим трудом. Избегайте приема возбуждающих препаратов с целью увеличить период бодрствования у постели больного, например, кофе, алкоголя, жирной и жареной пищи.

Соблюдать правила санитарии и гигиены.

- Сопротивляться внешнему воздействию инфекции может только чистая и здоровая кожа и слизистая оболочка.
- 99 % возбудителей инфекционных заболеваний могут быть удалены с поверхности кожи с помощью мытья рук с обычным мылом.
- Ежедневно принимайте после окончания работы с больным душ с мылом.
- Даже незначительные повреждения на коже рук надо обрабатывать бриллиантовой зеленью и заклеивать водонепроницаемым пластырем.
- Помогая больному при физиологических отправлениях, при контактах с кровью, при перевязке ран надо использовать одноразовые медицинские перчатки.
- Ухаживая за больным необходимо надевать специальную одежду: халат и косынку. Специальную одежду необходимо стирать отдельно от другого белья, используя режим кипячения.
- Наиболее часто используемые предметы в доме необходимо ежедневно протирать дезинфицирующим раствором.
- При уходе за больным имейте индивидуальное полотенце.
- Если у больного имеется инфекционное заболевание, передающееся воздушным путем, необходимо работать с ним в маске.
- При оправлении постели не следует взбивать подушки и встряхивать простыни и одеяло в комнате больного.
- Ежедневно проводите уборку комнаты больного, лучше после смены постельного и нательного белья. Уборку следует проводить в резиновых перчатках.
- Принимайте пищу вне комнаты больного и обязательно снимайте при этом рабочий халат.

8. Лежачий больной.

Проблемы и меры профилактики. Длительное пребывание больного в постели является вынужденным следствием тяжелого течения многих острых и хронических заболеваний. Обездвиженность порождает много очень серьезных осложнений. Эти

осложнения существенно ухудшают исход основного заболевания, являются сами по себе грозными заболеваниями, способствующими инвалидизации больного.

Проблемы, связанные с кожей. При лежании кожа подвергается значительному воздействию от трения о бельё, от сдавливания между тканями человеческого тела и поверхностью матраца, от крошек, складок белья, от пота, мочи и многого другого. У больных могут появиться опрелости, пролежни, расчесы, чрезмерная сухость или влажность кожи. Лежачие больные часто зябнут, плохо переносят проветривание в комнате, смену нательного и постельного белья.

Профилактика состоит в частой и регулярной гигиенической обработке кожи тела человека, в подборе теплой, легкой, хорошо пропускающей воздух одежде, не вызывающей потения.

Проблемы, связанные с сосудами. При лежании часть сосудов, особенно в нижних конечностях, подвергается частичному или полному сдавлению. Отсутствие активных движений и мышечных сокращений, снижает скорость кровотока. Снижению кровотока способствуют также параличи и парезы. Это может привести к образованию тромба в сосуде.

Тромб - это сгусток крови, который частично или полностью закупоривает просвет сосуда. Обычно тромбы образуются в системе глубоких вен нижних конечностях, это может проявляться болью, отёком и самое главное то, что тромб может оторваться и с током крови дойти до легких и закупорить просвет легочных артерий. Нередко это кончается для больных смертью или тяжелой инвалидностью.

Профилактика тромбоза состоит в создании возвышенного положения для нижних конечностей и бинтовании ног эластичными бинтами. Необходимо в случаях, когда нет противопоказаний, применять гимнастику для ног. Особенно эффективны упражнения, когда больной в положении лежа на спине с поднятыми вверх ногами совершает круговые движения на манер езды на велосипеде.

При длительном лежании значительно слабеет тонус сосудов. Это приводит к тому, что при изменении положения больного, например, из лежачего в полусидячее или сидячее, у него может резко снизиться артериальное давление. А при попытке больного встать, может случиться обморок.

Проблемы, связанные с органами дыхания. В горизонтальном положении объем легких при вдыхании воздуха уменьшается, по сравнению с вертикальным положением. Отсутствие активных движений и уменьшение объема легочной вентиляции приводит к снижению кровотока и застойным явлениям в легочной ткани. Мокрота становится вязкой и плохо откашливается. Она скапливается в воздухоносных путях и усиливает застойные явления в легких. Все это приводит к развитию инфекционно-воспалительного процесса в легочной системе.

Профилактика состоит в активных движениях больного в кровати и проведении дыхательной гимнастики.

Проблемы, связанные с органами желудочно-кишечного тракта. Отсутствие активных движений при лежании приводит к снижению тонуса желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь приводит к запорам. Лежачие больные вынуждены совершать дефекацию в необычном и трудном положении. Некоторые больные произвольно задерживают дефекацию, так как стесняются обращаться за помощью. Запоры и вялость желудочно-кишечного тракта могут привести к нарушению пищеварения, что обычно выражается вначале в обложенном языке, дурном запахе изо рта, в отсутствии аппетита, легкой тошноте. Развивается каловая интоксикация. Нередко запоры сменяются поносами.

Профилактика осложнений состоит в создании комфортных условий для физиологических отправления, в гимнастике передней брюшной стенки живота, в соблюдении соответствующей диеты.

Проблемы, связанные с мышечной активностью. Установлено на опыте, что отсутствие движений, в результате которых мышцы сокращаются и расслабляются, приводит к потере мышечной массы (атрофии мышц), и эта потеря может составлять при полной неподвижности до 3% от общей мышечной массы в сутки. Это означает, что чуть больше, чем через месяц постоянного неподвижного лежания у больного произойдет полная атрофия мышц, и даже если появится возможность двигаться, то без посторонней помощи он уже этого сделать не сможет.

Профилактика состоит в регулярном исполнении комплекса гимнастики, физических упражнений.

Проблемы, связанные с суставами.

Контрактуры. Контрактуры - ограничение активных и пассивных движений в суставах в результате длительного неподвижного состояния конечности. Потеря мышечной активности влечет ограничение подвижности суставов, что называется контрактурой. Так, стопа лежащего больного довольно быстро опускается вперед (положение лежащего человека как бы на "цыпочках") под тяжестью одеяла и возникает контрактура голеностопного сустава, которая носит название *конская стопа*. Для профилактики этого осложнения можно использовать подставку под одеяло, которая не позволяет одеялу давить на стопу больного. Сжатая в кулак кисть больного со временем принимает вид птичьей лапы, коленный сустав плохо сгибается и разгибается и т.д.

Профилактика контрактур. Контрактуру легче предупредить, чем вылечить. Для предупреждения развития контрактур необходимо:

- как можно раньше начинать проводить гимнастику в виде активных и пассивных упражнений, затрагивающих, по возможности, все суставы, особенно те, которые находятся в малоподвижном состоянии. При этом следует избегать грубых насильственных движений.
- обеспечить правильное положение конечности при параличе мышц или в случае иммобилизации конечности гипсовой повязкой;
- проводить мероприятия, направленные на уменьшение боли в суставах и прилегающих частях конечности.



Для профилактики контрактур суставов кисти можно применить специальный конус, обшитый мягкой тканью, лучше овечьей шерстью.

Анкилозы. Если больной лежит неподвижно очень длительное время и профилактика контрактур не проводится, то не исключена полная потеря подвижности суставов в результате костного сращения суставных концов костей. Такая полная потеря возможности осуществлять движение в суставе называется *анкилоз*.

Боли в суставах. Тугоподвижность суставов порождает болевой синдром при попытке использовать сустав. Больной начинает дополнительно щадить больной сустав и тем самым усиливает его обездвиженность. Необходимо сочетание физических упражнений с приемом обезболивающих препаратов.

Проблемы, связанные с костями. При отсутствии движений и физических нагрузок в костях снижается содержание кальция, кости постепенно становятся хрупкими. Развивается остеопороз. Известно, что в трубчатых костях находится красный костный мозг, в котором образуются клетки крови, в частности тромбоциты, которые отвечают за свертываемость крови. При снижении физической активности снижается выработка тромбоцитов и других клеток крови. С одной стороны, это хорошо, потому, что кровоток при лежании замедляется и повышается риск образования тромбов, о чем мы говорили выше, а "разжижение" крови понижает этот риск. Но возникает другая проблема. Из-за того, что в крови содержится мало тромбоцитов, у больного могут возникать спонтанные кровотечения, например, из носа, десен и других слизистых оболочек.

Проблемы, связанные с мочевыделительными органами. Длительное горизонтальное положение может повлечь за собой изменения в мочевыделительной системе. В горизонтальном положении моча дольше задерживается в лоханке, что способствует возникновению инфекционного процесса, а затем и образованию камней в почках. Длительное "пододеяльное" тепло делает человека уязвимым от прохладного воздуха, это может отразиться на любых органах и системах, в том числе и на почках. А воспаление может способствовать образованию солей, а далее - песка и камней.

Самой грозной проблемой, конечно же, является образование камней в почках, и это не единственная проблема. Со временем у больного может возникнуть недержание мочи, которое, в свою очередь, приводит к возникновению проблем с кожей, а также к появлению или усилению депрессии, т.к. неожиданное мочеиспускание в постель, для человека, находящегося в сознании, стресс, который тяжело переживается. Нужно также помнить о том, что в горизонтальном положении, удерживать мочу тяжелее, чем в вертикальном.

Недержание мочи, о котором мы сейчас говорим, как правило, не является функциональным, а связано лишь с неудобствами физическими и психологическими, а также с нерасторопностью ухаживающего.

Проблемы, связанные с нервной системой и психикой. Одна из быстро наступающих проблем - это бессонница по ночам. Употребление снотворных, как правило, не дает хорошего, глубокого сна. Человек, хотя и спит, но не отдыхает, делается "вялым", уставшим, что, в свою очередь, приводит к раздражительности и далее к депрессии. Проявления заболеваний нервной системы усиливаются, если больной вынужден какое-то время провести в лежачем положении.

Длительно лежащие больные часто страдают социальной "одичалостью", т.е. потерей навыков поведения в обществе, особенно это касается больных людей и людей с проявлениями умственной отсталости, которая всегда на фоне обездвиженности склонна к прогрессированию.

Профилактика бессонницы состоит в исполнении требований для нормализации сна. Необходимо организовать досуг больного, создать условия для активной умственной работы. Нужно поощрять любую самостоятельную деятельность больного. Стараться максимально активизировать его режим. Больные и ослабленные больные в период восстановления самостоятельного хождения должны пользоваться приспособлениями для дополнительного упора: поручнями, ходунками, тростями и др.

Проблемы, связанные со слухом. Общение с лежащим больным всегда происходит "на разных уровнях": больной лежит, а тот, кто с ним общается либо сидит, либо стоит. Такое положение заставляет слух напрягаться. Лежащий больной, конечно же, интересуется и тем, что вокруг происходит, а поскольку всего видеть не может, то частенько прислушивается, а значит, напрягает слух. Эти две причины ведут в дальнейшем - к снижению слуха. Нельзя забывать, что, если ваш больной имеет слуховой аппарат, то необходимо его одевать перед общением

Достоинство больного. Понятия о достоинстве больного очень разнятся в разных обществах и зависят от очень многих факторов.

Тем не менее, в обществе принято быть чистоплотным, одетым в чистую, прикрывающую наготу тела, одежду, причесанным, с аккуратными ногтями и т.д. А также по нормам морали принято без нужды не оголять тело и не прикасаться к нему, не рассказывать о личных особенностях больного и о том, что происходит в его доме.

Человек - это величайшая ценность, которую никто не имеет права разрушать.

На совести того, кто служит больному, лежит большая ответственность за его душу и тело. Поэтому старайтесь приобрести навыки не только хорошего ухода, но и правильного общения. Об особенностях общения с больным и ухода за ним можно говорить очень много, но есть золотое правило, которое легко запомнить: **как вы хотите, чтобы люди поступали с вами, так и вы поступайте с ними.**

9. Предметы ухода.

Бинты эластичные. Качественные бинты должны содержать лайкру, быть плотными и упругими и иметь длину не менее 5 м. Ширина стандартных бинтов - 7,5 или 10 см. Чтобы действие эластического бинта было эффективным, его нужно правильно наложить. Лучше всего это делать утром, до того как вы встали с постели. В других случаях перед наложением бинта необходимо полежать, по крайней мере, 10 мин. Бинт накладывается только в горизонтальном положении; нога при этом должна быть чуть приподнята, чтобы подкожные вены освободились от крови. Начинают бинтовать с середины стопы через пятку, постепенно переходя на голень и далее до средней трети бедра. Каждый последующий виток спирали должен перекрывать предыдущий не менее, чем на треть его ширины, окутывая конечность так, чтобы не оставалось открытых участков. Давление бинта должно быть достаточным для пережатия подкожных вен, но не чрезмерным, так как это может нарушить кровообращение в тканях. Максимальным давление должно быть в нижних отделах конечности, а по направлению к бедру постепенно снижаться. На ночь бинт необходимо снимать; желательно делать это также всякий раз, когда вы ложитесь. Несмотря на несомненную пользу эластичных бинтов в предупреждении варикозной болезни, они имеют ряд недостатков, существенно ограничивающих их применение. Во-первых, при наложении бинта часто его накладывают либо слишком слабо, либо слишком туго. Во-вторых, при движении бинт может разматываться или смещаться, и приходится перебинтовывать ногу заново. В-третьих, бинт создает множество неудобств - мешает надевать обычную обувь или чулки и портит внешний вид.

Гольфы, чулки и колготки антиварикозные. Появившиеся в последние годы лечебные и профилактические чулки, гольфы и колготки из специального медицинского трикотажа намного эффективнее и удобнее для повседневного использования, чем эластические бинты. Противоварикозные чулки и колготки улучшают кровообращение в нижних конечностях, облегчают работу вен, снижают нагрузку на сердце, предотвращают усталость, боли и отеки ног и скрывают косметические дефекты, связанные с варикозным расширением вен. Кроме того, они создают строго дозированную компрессию тканей: в области стопы и лодыжки, где требуется максимальное противодействие

давлению столба крови, застоявшегося в пораженных венах, компрессия наибольшая, а по направлению к бедру она постепенно уменьшается.

Регулярное ношение противоварикозных гольф, чулок и колготок очень быстро сказывается на состоянии больных самым благоприятным образом. Самым же главным результатом является остановка дальнейшего развития болезни и предотвращение осложнений. Единственным противопоказанием к использованию противоварикозного трикотажа является нарушение проходимости артерий нижних конечностей.

Правила подбора изделий. Для того, чтобы гольфы, чулки или колготки оказывали необходимое противоварикозное действие, они должны быть подобраны строго в соответствии со следующими правилами:

- Профилактические гольфы подбираются по размеру обуви.
- Лечебные гольфы подбираются по диаметру лодыжки и икры.
- Профилактические чулки подбираются по размеру обуви.
- Лечебные чулки подбираются по высоте колена и окружности икры.
- Профилактические и лечебные колготки выбираются в зависимости от роста и веса.

Инвалидное кресло. Инвалидные кресла-коляски предназначены для больных, которые не могут самостоятельно передвигаться. При подборе кресла-коляски необходимо учитывать анатомические особенности больного и факторы окружающей среды.

Для правильного подбора инвалидного кресла-коляски необходимо провести замеры больного в 6 основных позициях: ширина сидения; глубина сидения; длина ног; высота сидения; высота предплечий; высота спинки.

Правильный подбор инвалидного кресла-коляски позволит:

- обеспечить распределение массы больного на возможно более широкой поверхности;
- облегчить перемещение и предупредить соприкосновение и трение участков тела о боковые стенки;
- установив максимальную ширину кресла-коляски, свести к минимуму проблему перемещения в дверях, ванной комнате и других ограниченных пространствах.

Плохо подобранное кресло-коляска может стать причиной травм, вторичной деформации и вынужденной недееспособности, а также других осложнений, которые носят необратимый характер.

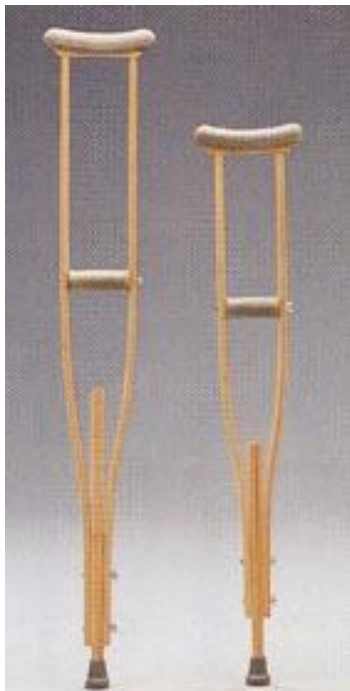
Существуют различные типы кресел-колясок, которыми можно пользоваться и в домашних условиях и на улице.

Кресла-коляски с ручным управлением. Эти коляски обеспечивают безопасность движения и комфортность сидения. Они обеспечивают высокую подвижность и контакт с полом для всех четырех колес.

Кресла-коляски с рычажным приводом. Рассчитаны для преодоления больших расстояний. Если у больного одностороннее ограничение функций тела рекомендуется кресло-коляска для рычажного управления одной рукой - либо справа, либо слева. Эта система основана на передаче свободного хода и легко позволяет производить передвижение вперед и назад посредством рычага управления и привода.

Кресло-коляска с электронным управлением. Приводная система обеспечивает прохождение больших расстояний, комфортабельность при движении и управлении, безопасность. Это кресло-коляску можно также подталкивать сзади, для этого система управления выключается.

Костыли. Костыли используются для улучшения координации и уменьшения нагрузки на ноги путем увеличения опоры и переноса массы тела на верхнюю часть туловища и руки.



Стандартные костыли изготавливаются из легкой породы дерева или алюминия. Их конструкция обычно предусматривает платформу для опоры подмышкой, ручку, двойную планку, переходящую снизу в одну стойку с резиновым наконечником диаметром 3-8 см. Костыли могут иметь зажимы, винты или другие приспособления, с помощью которых регулируют их высоту.

Ортокостыли изготавливаются из алюминия и включают стойку, платформу для опоры с мягким покрытием и ручки-перекладины, покрытые пластиком. Этот вид костылей можно отрегулировать по длине локтя и росту больного.

Костыли с упором на предплечье изготавливаются из алюминия и имеют стойку, упор-зажим и ручку. Хотя костыли такого типа обеспечивают недостаточную боковую опору, однако они меньше по размеру, более функциональны при подъеме по лестнице.



При использовании костылей различных видов следует помнить о том, что:

- массу тела следует переносить на руки, а не на подмышки, чтобы избежать повреждения подмышечной области;
- поддерживать широкую базу для опоры даже во время отдыха;
- держать костыли примерно в 10 см от края и впереди ноги;
- при использовании костылей с упором в подмышечные впадины опорные стойки должны находиться близко от груди для обеспечения лучшего равновесия;
- голову держать прямо и сохранять ровное положение тела во время ходьбы.

Наилучшая позиция больного: голова высоко приподнята, спина прямая, здоровое колено слегка согнуто. Для поддержки можно опереться спиной о стену. Наконечники костылей помещают на расстоянии примерно 15 см от носков и слегка кпереди. Если у больного широкие бедра - наконечники лучше отвести в сторону на большее расстояние. Расстояние между подмышкой и верхней частью костылей должно быть около 2-3 пальцев. Локти согнуты под углом 25-30°. Толчком можно проверить, легко ли тело отрывается от пола. Руки должны быть почти прямые. Приспособленность к костылям проверяется во время прогулки.

Кровать. Больной, которому предписан длительный постельный режим, должен лежать в кровати, а не на диване или кушетке. Следует помнить о том, что кровать не только удобнее для больного, но гигиеничнее и лучше приспособлена для различных процедур по уходу. Кровать для больного должна отвечать определенным требованиям. Высота спального места от пола до матраца должна быть 60 - 70 см. Кровать необходимо оборудовать колесиками - для удобства передвижения, и подвижными головным и ножным концом. Металлическая эмалированная конструкция облегчает санобработку. Кровать должна иметь боковые поручни, которые можно опускать при перестилании. Кроме того, боковые поручни обеспечивают безопасность больного, предохраняют от падения и используются в качестве опоры при перемещении в кровати и вставании с нее.

При уходе за больным в домашних условиях обычную кровать можно переделать в кровать для больного, увеличив ее высоту. Для этого можно заказать у столяра

специальные колодки с углублениями по размерам ножек кровати или на ножки кровати надеть резиновые чехлы и поставить кровать на колодки или кирпичи.

Если Ваш больной периодически встает с кровати, ее высота должна быть такой, чтобы обеспечить легкость при укладывании и вставании с нее - на уровне 45-50 см от пола до матраца. Для пользователя инвалидным креслом кровать должна находиться на одном уровне с креслом.

Кровать следует поставить так, чтобы можно было подойти к больному с двух сторон, что облегчит уход за ним и позволит легко менять положение больного.

Кровать должна быть снабжена вспомогательными устройствами для ухода за больным, которые позволяют уменьшить нагрузку на определенные части его тела. Так, например, опорная рамка используется для того, чтобы приподнять верхнюю часть тела больного: при одышке, кормлении, приеме посетителей. В качестве опорной рамки можно использовать перевернутый стул или подголовник для кровати с изменяемым углом наклона.



Кроватный тросик облегчает приподнимание больного в кровати, активизирует его силы. Веревка должна иметь узлы, чтобы рука не скользила.

Подколенный валик служит для расслабления мускулатуры. Его можно сделать из скатанного одеяла.

Подставка для ног поможет больному избежать сползания к ножному концу кровати. Можно использовать специальную подставку для стоп или небольшой ящик. Применение упора для ног позволит избежать развития "конской стопы".

Навесная проволочная рамка освобождает лежачего больного от давления на него одеяла. Одеяло заправляют за прутья подставки, чтобы избежать потери тепла.

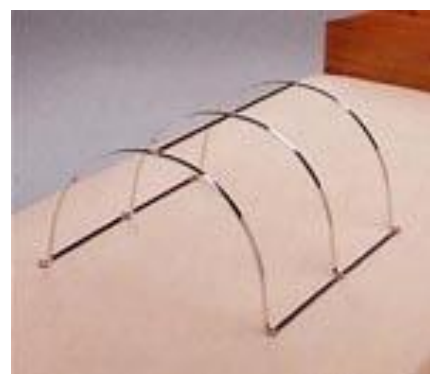
Подзатылочный валик служит опорой для головы, но при длительном пользовании им возникает опасность повреждения шейного отдела позвоночника.

К одной или обеим спинкам кровати можно прикрепить по всей ее длине штангу над кроватью или использовать ее укороченный вариант - Г-образный кронштейн в изголовье, позволяющий сесть из положения лежа и перевернуться. Для больных со слабыми руками на раму подвешивают мягкую петлю, в которую можно продеть запястье при пересаживании с кровати в инвалидное кресло. Для лежачего больного ленту с петлей для подъема можно привязать к спинке кровати в ногах.

Так как больной находится в кровати длительное время, важно сделать кровать удобной и содержать ее в чистоте.

Массажеры. При использовании массажеров важно найти степень нажима на кожу, которая может быть различна у каждого человека. При прокатывании массажером не должно возникать чувство боли, однако, массаж должен быть достаточно чувствительным

Массажер-каталка - массажер для стоп. Напоминает собой скалку для раскатывания теста, только с зубчатой поверхностью. Для массажа рук используют каталку, напоминающую каталку для стоп, но только меньшей длины. Для массажа кистей используют два деревянных шарика, которые должны удобно размещаться в вашей



ладони. Эти же шарики вы можете использовать для массажа стоп. Бывает и массажер-каталка для спины. Он представляет собой скалку с одной ручкой.

Массажер-молоток. Для точечного массажа используют массажер в форме молотка с длинной ручкой. На конце такого деревянного молоточка имеется резиновый, слегка заостренный наконечник, которым надавливают на болевые точки.

Массажные кольца используют для массажа пальцев. Такие эластичные пружинные кольца бывают разных размеров - для прокатывания на каждом пальце. Они не должны сильно сдавливать суставы, но в то же время давление должно быть чувствительным.

Шлепанцы массажерные. Для массажа стоп используют также специальные шлепанцы, на которых в определенных местах имеются специальные выбухания или бугорки.

Поручни. Поручни обеспечивают дополнительную поддержку больному при сидении, стоянии и ходьбе. Поручни должны быть достаточно прочными, чтобы выдерживать массу больного. Многие из них имеют шероховатую поверхность для предотвращения скольжения.

Между стеной и поручнями должно оставаться пространство для удобного захвата, а диаметр поручня - быть комфортабельным для больного.

Вертикальные поручни используются для того, чтобы больной мог сесть из положения лежа и наоборот. Такие поручни прикрепляют на стене около кровати или к кровати.

Горизонтальные поручни используются, чтобы больной мог оттолкнуться или подтянуться, встать из положения сидя. Горизонтальные поручни используют в туалетной или ванной комнатах, в коридорах, комнате.

Наклонные поручни облегчают больному перемещение из различных положений.

Поручни устанавливают на высоте, при которой руки и тело больного находятся в положении, наиболее удобном для подтягивания и отталкивания.

Поручни можно укреплять на ванной - для облегчения перемещения, на стене ванной комнаты - для поддержки при приеме ванны или душа, на стене туалетной комнаты - для облегчения усаживания на унитаз, в спальне около кровати, шкафа, в коридоре, на кухне.

Памперсы. Памперсы - это трусы для одноразового использования, имеющие два слоя: впитывающий влагу и защитный - для предотвращения растекания влаги, а также застежки-липучки по бокам.

Неумелое использование памперсов может принести вред больному.

Памперсы бывают разных размеров, в зависимости от веса больного или объема бедер. Памперсы различаются по объему вмещаемой жидкости, на что указывают названия: normal, super, super plus.

Как подобрать памперс? Во-первых, необходимо знать приблизительный вес и объем бедер больного.

Во-вторых - надо знать характер недержания мочи. Если больной мочится часто и понемногу, то лучше использовать памперсы соответствующего размера и минимального вмещения жидкости. Если больной мочится не часто, но помногу, то лучше использовать памперс соответствующего размера, но максимального наполнения.

Способ применения подробно указывается в инструкции, прилагаемой к упаковке памперсов. Необходимо отметить, что ходячим больным памперс лучше надевать в вертикальном положении, а лежащим - в горизонтальном, в положении на спине.

Старайтесь применение памперсов свести к минимуму, т. к. кожа под памперсом нагревается и хуже дышит. Надо помнить, что применение памперсов не освобождает от необходимости гигиенических процедур и воздушных ванн!

Постельные принадлежности. Белье, используемое при уходе за больным человеком, не должно быть новым. Лучше всего использовать неокрашенное хлопчатобумажное белье без швов. Менять белье рекомендуется как можно чаще. В качестве материала для наволочек в последнее время рекомендуется использовать материал, изготовленный из овечьей некрашеной шерсти и по виду напоминающий мех на тканевой (хлопковой или шерстяной) основе. Такая наволочка особенно полезна для больных, страдающих неврологическими заболеваниями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, аллергией, астматическими (бронхиальными) заболеваниями, нарушениями кровообращения. Необходимо отметить, что кусочки такой шерсти очень хорошо подкладывать под лежачего больного в местах возможного образования пролежней: под крестец, лопатки, пятки, локти, пальцы и др.

Одеяло должно обладать несколькими важными качествами: оно должно быть теплым, "дышащим", т.е. пропускать воздух и обязательно легким. Если есть возможность, лучше использовать одеяло из натуральной овечьей шерсти.

К сожалению, в современной практике ухода за больным сложилось устойчивое представление о том, что каждому больному полагается одна единственная подушка. Мало кто задумывается и о том, что подушка используется при уходе за больным не только под голову или под спину.

- **Подушка для сна под голову.** Очень удобно для лежачего больного использовать ортопедическую подушку из натурального латекса, гречневой шелухи, гигиенического шарикового наполнителя. Можно использовать поролоновые подушки, на худой конец - ватные. Не рекомендуются перьевые подушки, так как они часто вызывают аллергию. Необходимо помнить, что у лихорадящих, потеющих больных и особенно тяжелых больных должно быть, по крайней мере, две подушки под голову. На одной из них больной лежит, а другая в это время проветривается. Через некоторое время подушки меняются.
- **Подушка для создания возвышенного положения больного в кровати.** Лучше, если лежачий больной находится на функциональной кровати, у которой может подниматься головной конец. Если такой кровати в распоряжении больного нет, желательно приобрести подставку под верхнюю часть тела больного. Если достать или сделать такую подставку затруднительно, то необходимо сделать специальную подушку из поролона. Форма такой подушки - коническая. Сделать такую подушку можно, склеив несколько слоев поролона, и затем обрезав его по форме. Такую же подушку можно положить больному под ноги, если требуется придание возвышенного положения ногам.
- **Подушки, подкладываемые под больного для придания ему специальной позы и фиксирования больного в этой позе.** Часто больному необходимо придание положения на боку. Для фиксирования его в этом положении под спину больного подкладываются одна или несколько подушек. При положении больного на боку тонкие подушки подкладываются под руку и ногу. Если больной лежит на животе, то одна подушка подкладывается под живот, а другая под голеностопные суставы, для того чтобы стопы свободно свисали вниз, и пальцы ног не упирались в матрас.
- **Для предупреждения развития пролежней** в области коленных суставов при длительном положении больного на боку необходимо вложить подушку между бедрами больного. Небольшие подушки, наполненные гречневой крупой или пшеном, могут быть использованы для профилактики пролежней у лежачих больных.
- У длительно лежащих в кровати больных, особенно пожилого возраста, со временем развивается особый вид патологии - перекрест ног и фиксирование их в таком положении. Для того чтобы данная патология не развивалась, **подушку треугольной формы** вкладывают больному между ног и фиксируют ее.

- Если больной находится в кровати в полусидячем или сидячем положении, то для предупреждения съезжания его по кровати вниз, подушка может быть использована в качестве упора. Для этого ее располагают между задней спинкой кровати и ступнями больного.

Протезы. Любое приспособление, заменяющее частично или полностью утраченный орган, называется протезом. Протез помогает человеку с ампутированной нижней или верхней конечностью сохранять равновесие, передвигаться, осуществлять уход за собой. Протез должен быть хорошо пригнанным, легким, прочным и безопасным при эксплуатации, и не вызывать неприятных ощущений.

Обучение ходьбе на протезе нижней конечности следует начинать между двумя брусками, прикрепленными к полу. Осанка должна быть нормальной, смотреть надо прямо вперед, а не вниз. Шаг начинают со здоровой ноги, затем сгибают протез культи в коленном шарнире или пальцевом срезе и выносят его вперед. Не надо делать больших шагов. Приобретя уверенность в ходьбе на ровном месте, можно переходить к ходьбе на неровной почве и по лестнице. Первое время протезом пользуются не более 2-3 ч в сутки, постепенно увеличивая время.

Спускаясь или поднимаясь по лестнице, одной рукой держатся за перила, ставят на ступеньку вначале здоровую ногу, а затем протез.

Проверяют протез, чтобы быть уверенным в том, что ни одна из его частей не изношена, не потеряна, не согнута и не поломана, так как неисправность протеза может привести больного к падению.

В зимнее время следует ступать ногой в протезе более осторожно, чем летом, нога должна как бы скользить. Удобнее и безопаснее в зимнее время на улице пользоваться тростью.

На культю надевают специальный носок или чехол для того, чтобы предотвратить раздражение и отек сохранившейся части конечности. Не рекомендуется излишне обматывать культю. Избегают образования складок.

Носок или чехол меняют каждый день. Ежедневно обмывают культю теплой водой с мылом, а после длительной ходьбы делают теплую ванночку, прибавляя в воду несколько кристалликов марганцовокислого калия. Для предупреждения потертостей, ссадин рекомендуется укреплять кожу культи. Это достигается обтиранием 3 % раствором борной кислоты или 5 % раствором танина. Хорошо также периодически делать ванночки с корой дуба.

Культи надо тренировать к давлению. Для этого осторожно поколачивают конец культи ладонью, затем опираются культи на мягкие предметы (подушка, матрац), постепенно переходя на более жесткую поверхность.

Для восстановления кровообращения культи регулярно производят легкий массаж, начиная с поглаживания культи, а затем разминают.

Один раз в 10 дней протез тщательно осматривают и смазывают шарниры.

Слуховые аппараты. Слуховые аппараты - электроакустические устройства, предназначенные для приема, преобразования, усиления звуковых сигналов и передачи их лицам с пониженным слухом.

Подбор слуховых аппаратов осуществляется по назначению врача на пунктах слухопротезирования. После подбора аппарата больной проходит обучение у сурдопедагога и адаптируется к условиям восприятия окружающих звуков через слуховой аппарат.

Если у Вашего больного есть слуховой аппарат, помогите ему правильно им пользоваться, держать подальше от металлических изделий, хранить запасные батарейки и правильно ухаживать за ним в соответствии с инструкцией производителей.

- Слуховой аппарат всегда должен быть сухим.
- Когда больной идет принимать ванну, душ или умываться, аппарат не надевать.
- Если в ушах у больного есть сера, прежде, чем надевать аппарат, ее следует удалить.
- Необходимо уменьшить громкость в слуховом аппарате при избытке раздражающих факторов, например, при большом скоплении народа.
- Чтобы батарейки быстро не садились, нужно следить за тем, чтобы аппарат был выключен, если больной им не пользуется.
- Нужно оберегать слуховой аппарат от падений.

Судно подкладное. Подкладное судно - специальное приспособление для осуществления испражнения и мочеиспускания больного в кровати, который по тем или иным причинам не может испражняться в туалете. Мужчины для мочеиспускания могут использовать мочеприемник.

Классическое судно имеет высокие края по всему периметру, и потому оно самое вместительное. Оно может быть сделано либо из резины, либо из твердых материалов: металла или пластмассы.

Резиновое судно. Вместительность резинового судна меньше, чем металлического или пластмассового. Резиновое судно обычно применяют при уходе за худыми больными, так как при соприкосновении с мягкими стенками резинового судна у больного не сдавливаются мягкие ткани в области крестца и не возникает болезненных ощущений.

Пластиковое судно. Судно из пластика должно быть светлого цвета, чтобы можно было определить цвет его содержимого (кала и мочи).

Классические судна из твердых материалов удобнее всего использовать при постановке очистительных клизм, так как они наиболее вместительные.

Судно "Ладья". Особенность этого судна состоит в том, что его передняя часть, которая вставляется под крестец, очень низкая. Такое судно хорошо использовать у тех больных, которые не могут высоко приподнимать таз или испытывают сильные боли при изменении положения в кровати.



Мочеприемники. Для мочеиспускания могут быть использованы мужские или женские мочеприемники.

Трости. Трости различной конструкции обеспечивают поддержку больного во время ходьбы. Использование трости для ходьбы улучшает равновесие за счет создания дополнительной точки опоры.

Стандартные трости для ходьбы изготавливаются из дерева или пластика и имеют резиновый наконечник диаметром около 5 см. Эти трости можно использовать при ходьбе на улице или в домашних условиях.

Регулируемые трости изготавливаются из алюминия и снабжены защелкивающимся механизмом, который регулирует длину трости в соответствии с нуждами больного.

Алюминиевая выступающая трость разработана так, чтобы опорный элемент конструкции трости выступал вперед. Это позволяет перемещать основную нагрузку на центр трости и обеспечивает стабильность при передвижении.

Трости с тремя или четырьмя ножками обеспечивают стабильную опору и облегчают ходьбу. Ножки трости обычно короче со стороны больного, что дает ему больше пространства для ног.

При правильном использовании трости ее следует держать в руке, противоположно пораженной конечности: рука и нога передвигаются одновременно.

Ходунки. Ходунки улучшают координацию движений, позволяют сохранить равновесие и уменьшают нагрузку на нижние конечности.

По сравнению с тростью и костылями, ходунки обеспечивают наибольшую стабильность и устойчивость больных за счет более широкой базы для поддержки и опоры, улучшенной продольной и поперечной устойчивости.

Ходунки изготавливаются из алюминия, имеют накладные ручки из резины или пластика. Некоторые модели имеют колесики, позволяющие передвигаться больным, которые не могут их поднять. Однако ходунки с колесиками снижают устойчивость больных и могут привести к падению, поэтому они должны быть снабжены тормозами. Все виды ходунков небезопасны при подъеме и спуске по лестнице.



При использовании ходунков следует помнить о том, что:

- для максимальной устойчивости ходунки нужно поднять и затем опустить на все четыре ножки;
- необходимо поддерживать правильную осанку и положение тела;
- не подходить слишком близко к передней перекладине, так как это может уменьшить опору и привести к падению назад.

10. Умиравший больной

Ухаживая за больным человеком, мы, как правило, надеемся, что он выздоровеет или, по крайней мере, состояние его здоровья улучшится. Надежда на это придает нам дополнительные силы и наполняет смыслом наши труды.

Однако болезнь может заканчиваться неумолимо приближающейся смертью.

Теряет ли смысл уход за больным, который не может поправиться? Конечно, нет!

Более того, умирающий больной нуждается в особо тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе.

Наша помощь имеет очень большое значение для достойного завершения жизни человека. Уход за умирающим человеком требует очень много физических и душевных сил, много времени. Надо понимать, что уход за умирающим, его сопровождение по всем этапам умирания - трудное испытание для всех, кто участвует в таком уходе. К уходу за больным и общению с ним в этот период должны быть привлечены родственники, друзья, врачи, медицинские сестры, социальные работники, священник.

Для того, чтобы эффективно помочь больному, необходимо понимать какие серьезные и специфические проблемы возникают у умирающего человека.

Духовные переживания. Для людей, стоящих перед лицом неизбежной смерти, духовная жизнь имеет особенно большое значение. Даже многие неверующие люди перед лицом смерти ищут смысл прожитой ими жизни. Огромную помощь здесь оказывает священник. Когда умирает верующий человек, его вера дает ему силы и утешение в это трудное время. У верующего человека возникает острая потребность в общении со священником, потребность в подготовке своей души к встрече с Богом. Его беспокоит не столько вопрос о том, как он будет умирать, сколько вопрос о том, что можно успеть сделать в этой жизни, чтобы подготовиться к другой жизни.

Эмоциональные переживания. Узнавая о диагнозе и прогнозе, больной часто испытывает страх.

Страх. Умиравшему человеку бывает очень страшно.

Страх возможных болей, которые начнутся или усилятся в дальнейшем.

Страх мучительных и тягостных физических и душевных переживаний в момент смерти.

Страх одиночества. Больной боится остаться в момент смерти один.

Страх неизвестности, связанной с моментом умирания. Особенно страшит неизвестность тех состояний и переживаний, которые будут сопровождать само умирание.

Сожаление о потерях. Человеку не хочется уходить от того, кого любит и с кем связан крепчайшими узами.

Беспокойство об оставляемых обязанностях. Кто будет воспитывать детей, ухаживать за старым и беспомощным мужем, кто будет заботиться о даче, собаке и т.д.

Беспокойство о недоделанных делах.

- Ненаписанное завещание, невыполненные обещания, неразделенное имущество, недоделанная работа и др.
- Переживания по поводу взаимоотношений с людьми: нужно успеть простить, примириться, объясниться и т.п.

Выделяют пять эмоциональных стадий, через которые проходит умирающий человек: отрицание, гнев, ведение переговоров, депрессия и примирение с мыслью о неизбежной смерти.

Отрицание. Узнав свой диагноз, человек, как правило, не может смириться с тем, что с ним происходит что-то ужасное. Период отрицания продолжается до тех пор, пока шок от полученной информации не заставит обреченного человека отложить этот вопрос, чтобы вернуться к нему позднее, когда он будет эмоционально к этому готов.

Гнев. Часто обреченный человек, узнав о том, что ему предстоит, испытывает сильный гнев. Иногда кажется, что гнев больного направлен на близких, тех, кто рядом, но это не так. Некоторые люди в этой стадии ропщут на Бога. Для этой стадии характерен вопрос: "Почему я?" Или: "Чем я это заслужил? За что мне такое наказание?".

Ведение переговоров. Человек просит у Бога время для завершения важных дел. Человек дает Богу обещание, что, если он доживет или вообще не умрет на этот раз, то тогда он сделает то-то и то-то. Просьба может быть столь горячей, а желание столь сильным, что известно множество случаев, когда человек просимое получал, до ожидаемого доживал и успевал закончить начатые и незавершенные дела.

Депрессия. Во время депрессии человек испытывает страх, подавленность, беспомощность, грусть. Переживает приближающееся время разлуки с близкими, со всем, что ему дорого в этом мире. Подводит итоги жизни. В это время чрезвычайно важно выслушать больного и принять его переживания. Иногда на этом этапе больной уходит от реальности, отчуждается от всего, не проявляет интереса к окружающему.

Примирение с мыслью о неизбежности. Часто после тяжелой борьбы наступает примирение с фактами. Это примирение может принести спокойствие. Происходит примирение с мыслью о неизбежности перехода от жизни к смерти.

На восприятие диагноза и прогноза влияют многие факторы: религиозность, возраст, длительность заболевания, культурные традиции, воспитание, окружение и др.

Возраст. Чем старше умирающий человек, тем естественнее воспринимается его смерть. Чем моложе человек, тем драматичнее и неестественнее кажется его смертельное заболевание. Особенно тяжелыми переживаниями сопровождается смерть детей, воспринимаемая как несправедливая трагедия.

Длительность и тяжесть заболевания. Чем дольше и тяжелее болеет человек, тем легче воспринимается сообщение о приближающейся смерти. Если сообщение о диагнозе застаёт человека недавно и не сильно заболевшего, то реакция всегда бывает очень бурной.

Культурные традиции. Известие о скорой смерти всегда обращает человека к вечным, глубоким, основополагающим вопросам бытия. Важно знать, как воспитывался человек, какое отношение к жизни и смерти было заложено в его детстве.

Завершенность. Переживания умирающего зависят и от того, как он прожил свою жизнь: в полную ли силу, не испытывает ли он сожалений? Осуществил ли свои надежды и мечты? Была ли его жизнь целенаправленной?

Семья и близкие. Последний период жизни будет зависеть и от того, находятся ли рядом с больным его близкие и какие с ними сложились отношения.

Наиболее часто в уходе за умирающими приходится иметь дело со следующими проблемами: подавленное настроение; тревожность; боль; анорексия; тошнота и рвота; запоры.

Принципы общения с умирающим человеком:

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

Умирающий больной хочет чувствовать себя защищенным.

Надо помочь больному справиться со страхом.

Спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной.

Помочь ему доделать земные дела.

Обещать исполнить его последнюю волю, если он сам не успел что-то сделать. Больному важно чувствовать, что для него делается все возможное. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления.

Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего периода его земной жизни. Больной должен знать, что в момент смерти он не останется один. Многие больные нуждаются в телесном контакте с близкими людьми в момент смерти. Они просят, чтобы их взяли за руку, положили руку на лоб, обняли и т.п.

Признаки приближающейся смерти

- Повышенная температура.
- Быстрый, слабый или неритмичный пульс.
- Пониженное артериальное давление.
- Кожа кажется холодной и влажной на ощупь и выглядит бледной.
- Руки и стопы холодеют и бледнеют.
- Повышенная потливость.
- Недержание кала и мочи.
- Периоды учащенного поверхностного дыхания, перемежающиеся периодами замедленного дыхания.
- Слизь, скапливающаяся в глотке, может явиться причиной "булькающих" звуков, сопровождающих дыхание.
- Потеря сознания или плавный переход из состояния присутствия сознания в бессознательное и обратно.
- Потеря двигательной активности.
- Потеря способности общаться.

Признаки наступившей смерти

Человек считается умершим только после того, как его обследовал врач и констатировал смерть. У умершего человека:

- Отсутствует пульс, дыхание и артериальное давление.
- Зрачки глаз зафиксированы в одном состоянии и расширены.
- По мере того, как кровь приливает к той поверхности тела, на которой лежит человек, на его коже появляются темные пятна (трупные пятна).
- Температура тела снижается.
- Мочевой пузырь и кишечник могут непроизвольно опорожниться.
- В пределах 6-8 ч после смерти окоченевают конечности (трупное окоченение).

Уход за телом умершего человека

По существующему законодательству, в случаях скоропостижной смерти производится обязательное вскрытие трупа. Если смерть наступила в результате длительного хронического заболевания, родственники умершего могут отказаться от вскрытия. Такой отказ должен быть оформлен письменно.

Уход за телом умершего человека проводится в соответствии с религиозными и культурными традициями, в которых жил умерший.

В любом случае надо помнить, что к телу умершего человека необходимо относиться с уважением и почтением.