

**Особенности ухода за  
пожилыми, в том числе и на  
дому. Уход за  
тяжелобольными и  
умирающими.**

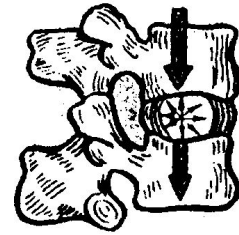
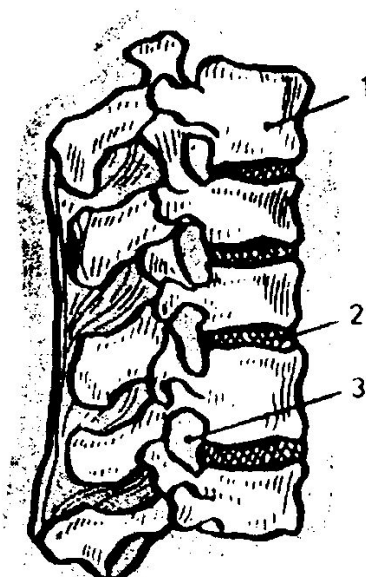
**Сестринский уход**

**Правильная организация труда** в лечебном учреждении, в домашних условиях (у пациента) и в быту исключает перегрузки позвоночника.

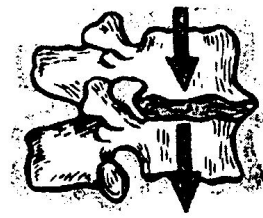
1. При физической нагрузке в движение должно вовлекаться минимальное количество сегментов позвоночника.
2. Важно чередовать движения для различных групп мышц, включая в работу мелкие мышцы при незначительных нагрузках и крупные — при больших напряжениях.
3. Сопутствующие движения желательно исключить.

**! З а п о м н и т е ! Избегайте резких движений туловищем (поворотов, наклонов, разгибаний, рывков)!**  
**Все движения нужно выполнять в среднем темпе, ритмично.**

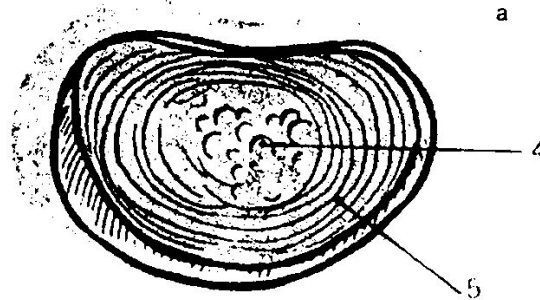
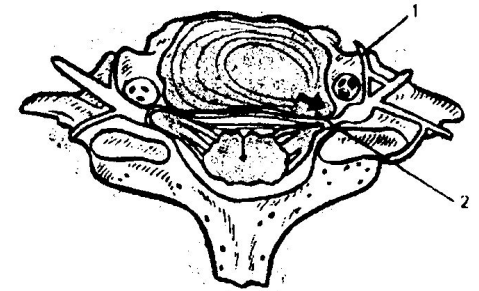
Перемещение тяжестей (пациентов, аппаратуры, каталок и др.) — основная причина, приводящая сестру к травме позвоночника и болям в спине. Чем больше нагрузки на позвоночник и чем меньше человек подготовлен к ним, тем выше опасность развития остеохондроза.



а



б



**Тело позвонка**

**2**

**Межпозвонковый  
диск**

**3 Межпозвонковое  
отверстие**

**4 Пульпозное ядро**

**5 Фиброзное**

# Подготовка к поднятию ( перемещению ) пациента

Прежде чем перемещать пациента, нужно ответить на следующие вопросы:

- Какова цель поднятия (перемещения) и каково состояние пациента. Действительно ли необходимо двигать пациента в его нынешнем состоянии?
- Какие вспомогательные средства для осуществления данного передвижения имеются в настоящий момент под рукой?
- Какой способ передвижения наиболее оптимален? Сколько человек должно участвовать в передвижении?

Кто будет выполнять роль лидера, давая ясные указания всем участвующим в перемещении и объяснять пациенту ход процедуры?

- Насколько безопасна окружающая обстановка? (Следует убрать предметы, в том числе стулья, стойки с капельницами, каталку, кровать поставить на тормоз, по возможность поднять (опустить) кровать или каталку, приготовить или заменить постельное белье).

- Какова масса тела пациента, может ли он помочь вам? Нужна ли дополнительная помощь? Имеются ли болезненные участки? Имеются ли дренажи и капельницы? Пациенту надо объяснить цель и ход

**Правильное положение ног сестры при перемещении пациента** очень важно для обеспечения правильной биомеханики тела и ее безопасности. Она должна встать в положение ноги врозь, соблюдая равновесие между массой тела пациента и направлением движения. Одну ногу поставить рядом с пациентом, чтобы принять массу его тела в начале передвижения, другая нога находится в направлении движения и готова принять на себя массу тела пациента.

Если сестра поднимает пациента с пола его тело находится между ногами сестры, присевшей на корточки в начале подъема.

### **Поднятие п а ц и е н т а**

*Начиная поднятие, нужно:*

- убедиться, что ноги сестры занимают устойчивое положение на полу;
- выбрать самый лучший способ удерживания пациента;
- подойти к пациенту как можно ближе;
- **держат спину прямо;**
- убедиться, что бригада и пациент выполняют движения в

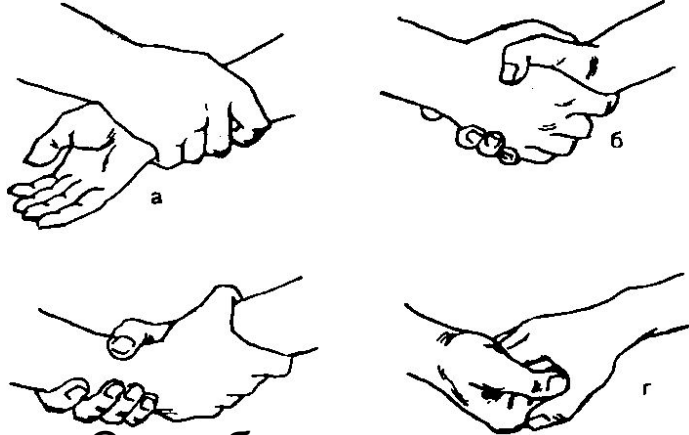


Рис. 2.10. Способы удерживания пациента  
**Удерживание пациента при поднятии**  
**( выполняется двумя и более лицами ) (рис. 2.10)**

- Правой кистью охватите спереди правое запястье вашего помощника — это *запястный, или единичный захват*, или
- Охватите правой кистью друг друга в области правого запястья, располагая кисть на передней поверхности — это *двойной запястный захват*, или
- Возьмите друг друга правой рукой, как при рукопожатии — это *захват рукой*, или
- Охватите правой рукой 1—4 пальцы друг друга — это *захват пальцами*



Рис. 2.11. Способы удерживания пациента методом захват через руку  
**( выполняется одной медсестрой , пациент может помочь)**  
**Использование:**  
поддержка и перемещение к спинке стула (кресла) пациента, способного оказать содействие.

1. Объяснить пациенту ход процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие
2. Попросить пациента скрестить руки и прижать их к груди (если одна рука ослаблена, пациент охватывает запястье слабой руки более сильной).
3. Встать сзади пациента (кресла или стула, на котором он сидит).
4. Сестре охватить своими руками руки пациента как можно ближе к запястьям (сзади грудной клетки).
5. Поддерживать или перемещать пациента

## Поддерживание пациента при ходьбе ( выполняется одной сестрой )

*Использование:* помощь человеку при ходьбе после травмы, инсульта и т. п.

1. Объяснить пациенту принцип удерживания, убедиться, что он понимает его.
2. Оценить состояние и возможности пациента:
  - что он сможет сделать самостоятельно;
  - в чем ему нужна поддержка;
  - нужны ли ему вспомогательные средства (трость, костыли, ходунки)
3. Оценить окружающую обстановку (влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения пациента).
4. Встать рядом с пациентом.
5. Применить «захват большими пальцами ладоней»: держать правую руку пациента в своей правой (или левую в левой) руке: рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь сестры при сомкнутых в замок больших пальцах.
6. Поддерживать другой рукой пациента под локоть или под мышкой, или обхватить пациента за талию.
7. Встать к пациенту как можно ближе, поддерживая его колени правой ногой (если сестра стоит справа), если пациент чувствует себя неуверенно.
8. Передвигат



энно.

**Метод «поднятие плечом» в кровати с изменяющейся высотой - австралийское поднятие (выполняют два или более человек, пациент может помочь)**



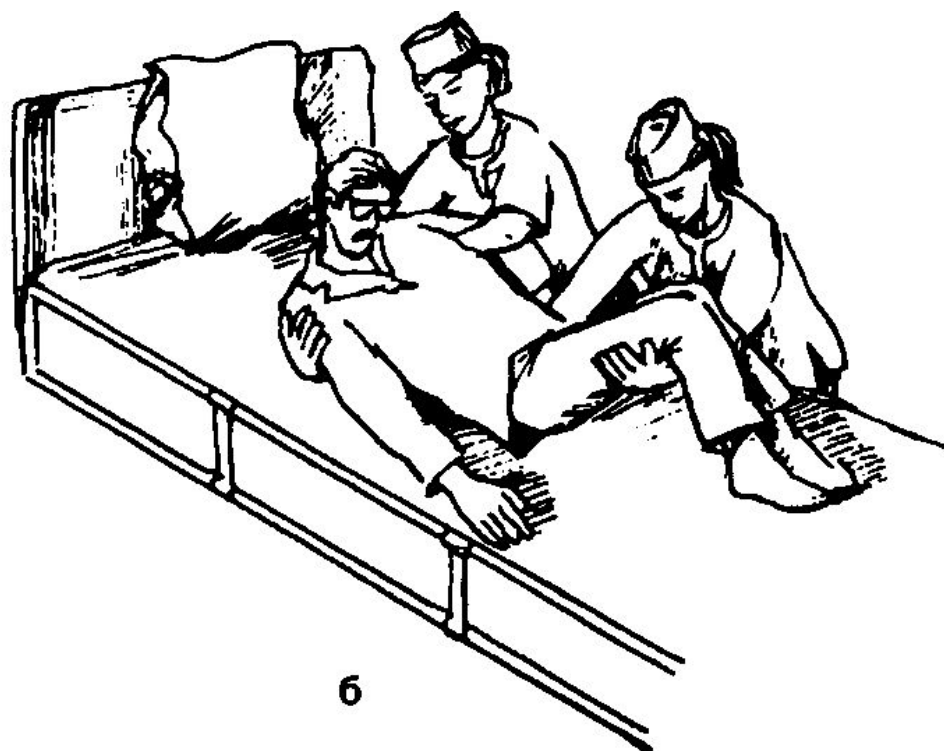
Рис. 2.18.



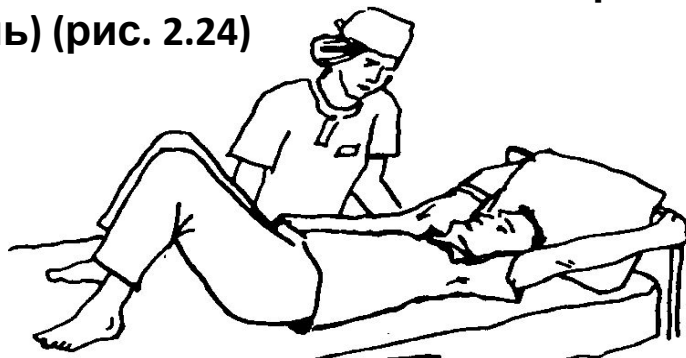
## **Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняют два человека ; пациент может помочь) (р и с . 2.23)**

1. Оценить окружающую обстановку. Опустить боковые поручни, если они есть. Закрепить тормоза кровати.
2. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Попросить его поднять голову и плечи, если не может, аккуратно поднять его голову и убрать подушку; прислонить ее к изголовью кровати.
3. Встать с разных сторон лицом к изголовью кровати.
4. Обе сестры подводят одну руку под плечи пациента, другую — под бедра (небезопасный способ); или одна сестра стоит у верхней части туловища пациента. Руку подводит под шею и плечо пациента. Другой рукой она обхватывает лежащую рядом руку и плечо пациента. Вторая сестра встает у нижней части туловища пациента и подводит руки под его поясницу и бедра.
5. Расставить ноги на ширину 30 см, отставив одну ногу слегка назад.
6. Попросить пациента согнуть ноги в коленях, не отрывая стоп от постели.
7. Попросить пациента прижать подбородок к груди.
8. Убедиться, что пациент может помочь в перемещении, отталкиваясь стопами от постели.
9. Согнуть свои ноги в коленях так, чтобы ваши предплечья оказались на уровне постели.
10. Попросить пациента на счет «три» оттолкнуться от постели и, выдохнув, приподнять туловище и передвинуться к изголовью.
11. На счет «три» качнуться и перенести массу тела на ногу, отставленную назад. В это время пациент отталкивается пятками и приподнимает туловище.
12. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. Убедиться, что он лежит удобно, в нужном положении.

Перемещение пациента к изголовью кровати ( выполняют два человека ; пациент может помочь) ( р и с . 2.23)

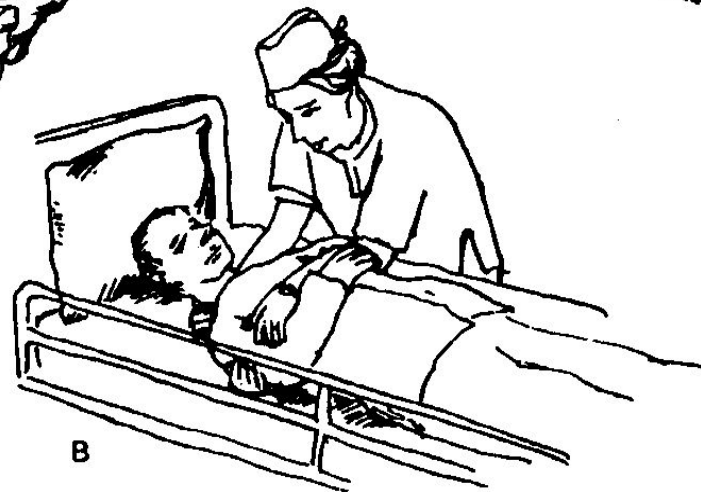
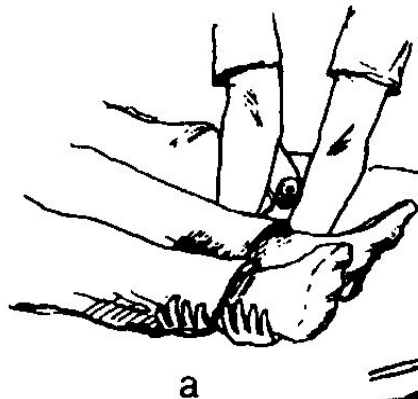
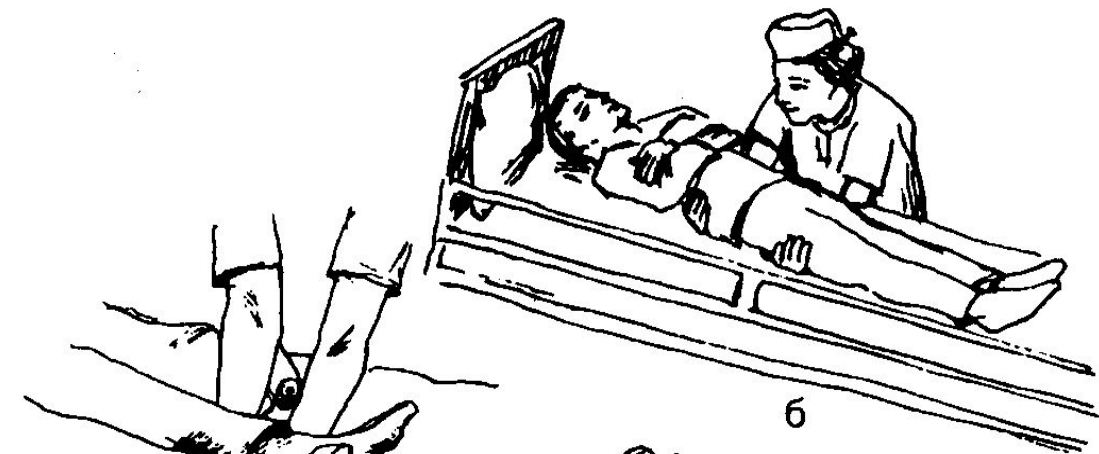
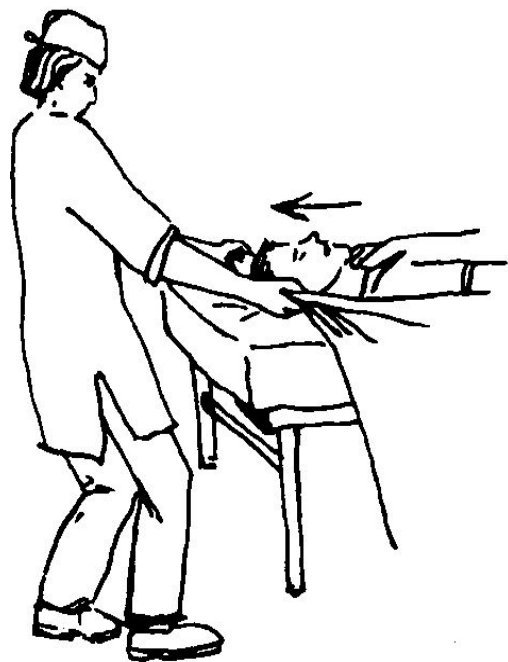


Перемещение пациента к изголовью кровати(выполняется одной сестрой, пациент может помочь) (рис. 2.24)

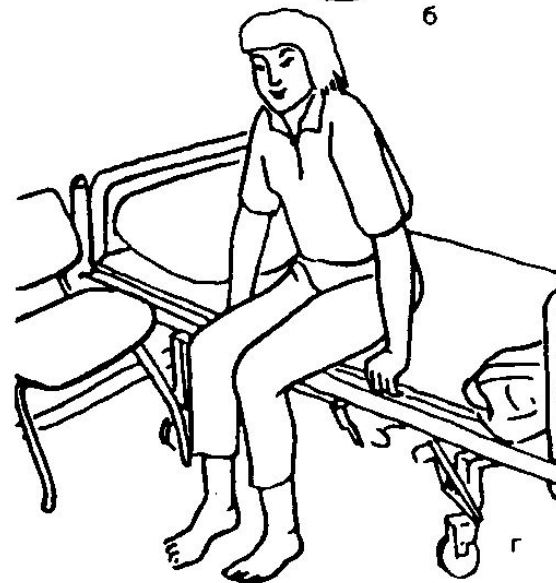
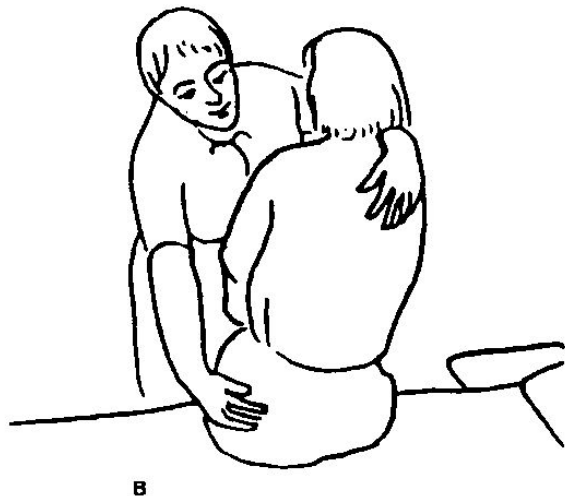
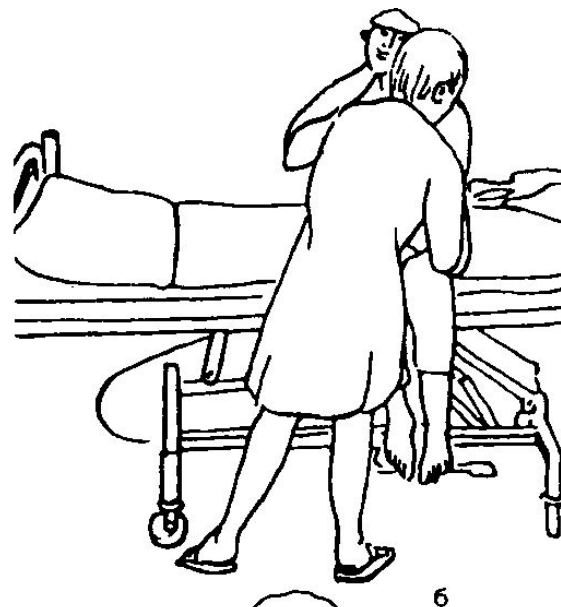
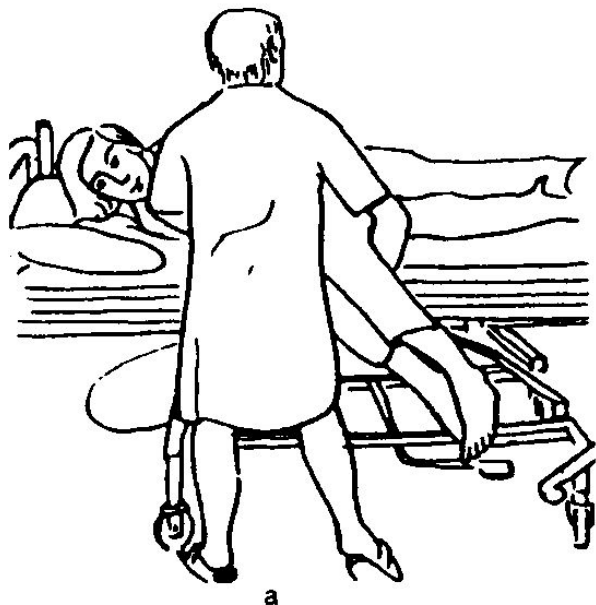


1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие. 2. Оценить окружающую обстановку. Опустить боковые поручни, если они есть. Закрепить тормоза кровати. 3. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Попросить его поднять голову и если он не может, аккуратно поднять голову и убрать подушку; прислонить ее к изголовью кровати.
4. Расставить ноги на ширину 30 см. Развернуть носок ближайшей к изголовью ноги в сторону изголовья. 5. Попросить пациента согнуть колени и плотно прижать стопы к матрасу, а руки — к кровати ладонями вниз.
6. Подложить одну руку под плечи пациента, другую — под его ягодицы. Не наклоняться вперед. **Держать спину ровно.** Согнуть свои ноги в коленях.
7. Попросить пациента, оттолкнуться от кровати стопами и ладонями на счет «три», предварительно выдохнув, попросить его руками взяться за изголовье кровати; на счет «три», выдохнув, помочь сестре, подтянув себя вверх.
8. Раскачиваясь, посчитать до «трех» и перенести массу тела на ногу, близкую к изголовью, перемещая туда и пациента. 9. Повторять эти действия до тех пор, пока пациент не займет соответствующее положение. Перемещать его постепенно, на небольшое расстояние, чтобы не повредить спину. 10. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. Убедиться, что он лежит удобно.

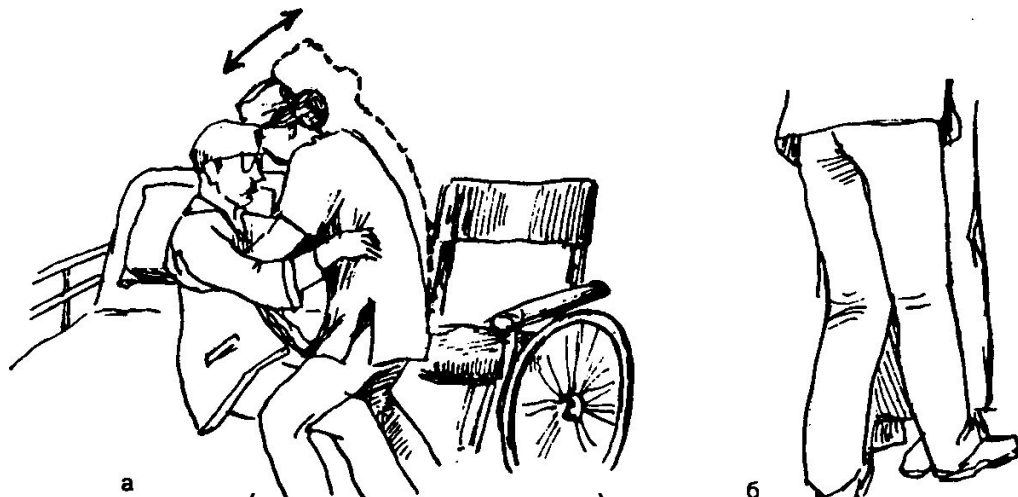
# Перемещение беспомощного пациента к изголовью кровати (выполняется одной сестрой)



**Перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положение «сидя с опущенными ногами ( выполняет я одной сестрой ) ( р и с . 2.27)**



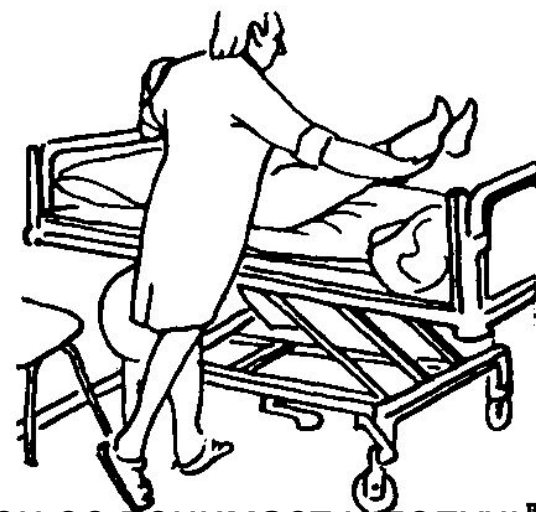
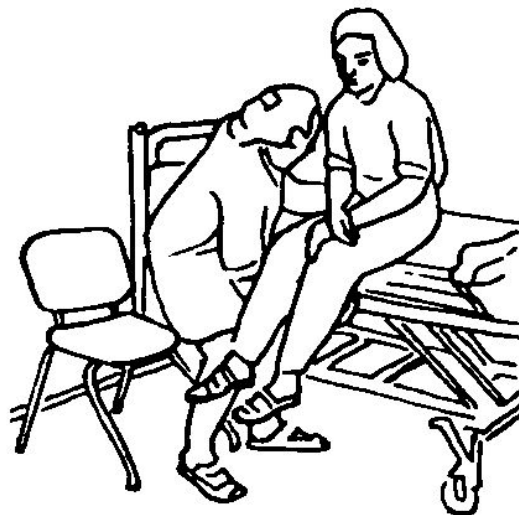
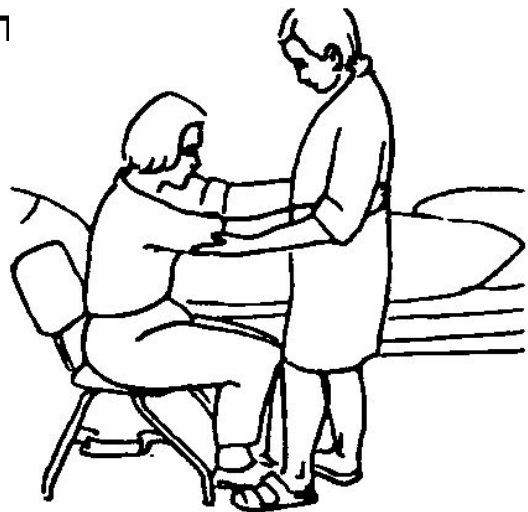
**Перемещение пациента из положения «сидя на кровати с опущенным и ногами» на стул (функциональное кресло-каталку, ( в ы п о л н я е т с я о д н о й с е с т р о й , пациент может помочь) (рис. 2.28)**



Поставить <sup>а</sup> стул (кресло-каталку) рядом <sup>б</sup> с кроватью. По возможности, опустить кровать до уровня стула. У кресла-каталки отодвинуть подставку для ног, закрепить тормоза.

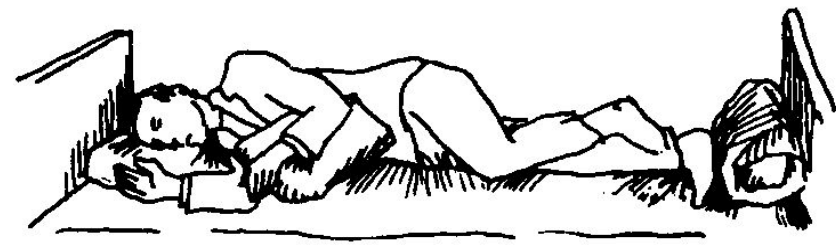
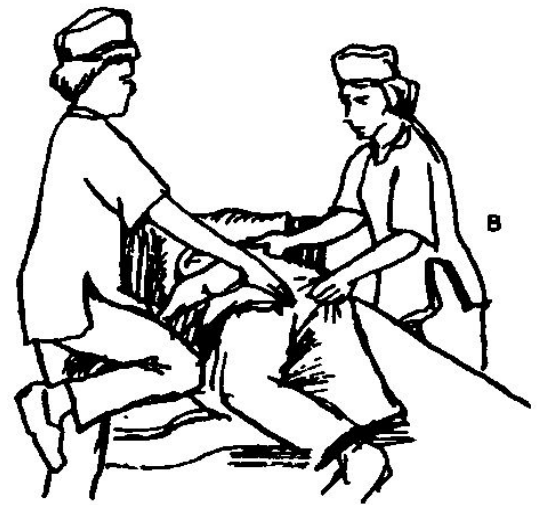
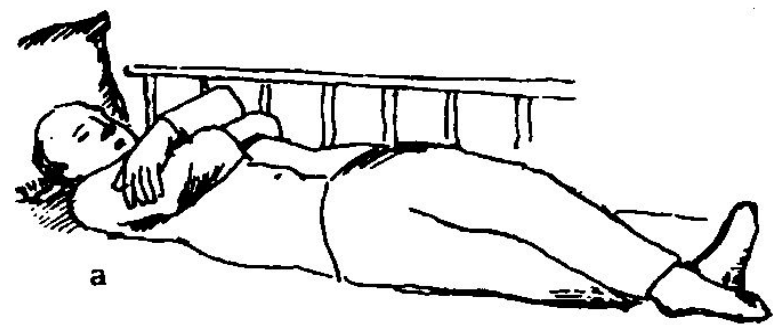
4. Использовать один из способов удерживания пациента (рис. 2.10).
5. Встать с той стороны, где находится кресло-каталка (стул). Не давить пациенту под мышками!
6. Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать. Считая, слегка раскачивайтесь. Поставив пациента на счет «три» на ноги, поворачиваться с ним до тех пор, пока он не окажется спиной к креслу-каталке (стулу).
7. Попросить пациента сказать вам, когда он коснется края кресла-каталки (стула).
8. Опустить его в кресло-каталку (на стул): согнуть свои колени и придерживать ими колени пациента, держать спину прямо. Пациент поможет вам, если положит руки на ручку кресла-каталки (на край стула) и опустится в него.
9. Усадить пациента

# Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положение «л



1. Объяснить пациенту ход процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие на проведение.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Провести удерживание пациента одним из известных вам способов (см. рис. 2.10).
4. Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать. Считая до «трех», раскачивайтесь. На счет «три» поставьте пациента, затем поворачиваться с ним, нога к ноге, пока он бедрами не коснется края кровати.
5. Посадить пациента на кровать. Встать сбоку к нему лицом. Расставить ноги на ширину 30 см. Согнуть колени. Держать спину прямо!
6. Подвести руку под колени, охватить их сверху, другой рукой охватить плечи пациента.
7. Поднять ноги пациента на кровать, разворачивая его туловище на 90°, опустить голову на подушку.
8. Укрыть пациента, убедиться, что он лежит комфортно.

**Поворачивание пациента на бок с помощью подкладной пеленки и размещение в этом положении (выполняют два человека) (рис. 2.37)**



д

г



# Оценка функционального состояния

- Измерение температуры тела: проводится, как правило, дважды в день: утром в 7—8 ч и вечером в 17—18 ч. Следует отметить, что температура тела минимальная рано утром (между 3 и 6 ч), а максимальная — во второй половине дня (между 17 и 21 ч).
- *Частоту* пульса подсчитывают в течение 1 мин. В покое у здорового человека пульс 60—80 в мин. При учащении сердечных сокращений (*тахикардия*) число пульсовых волн увеличивается, а при замедлении сердечного ритма (*брадикардия*) пульс редкий.
- Определение числа дыхательных движений
- Измерение артериального давления- проводится с помощью тонометра. Кратковременное повышение артериального давления (преимущественно систолического) наблюдается при эмоциональных нагрузках, физическом напряжении. Повышение артериального давления выше нормы называется артериальной *гипертензией*, а снижение — артериальной *гипотензией*.

- Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2—3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией.
- Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа.
- Другой рукой закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух до тех пор, пока давление в ней не превысит 30 мм рт. ст. — уровень, при котором исчезают тоны Короткова (или пульсация лучевой артерии).
- Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2—3 мм рт. ст. в 1 с, повернув
- вентиль влево. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра: при появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению.
- Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.

# Частичная санитарная обработка (мытьё тяжелобольного)

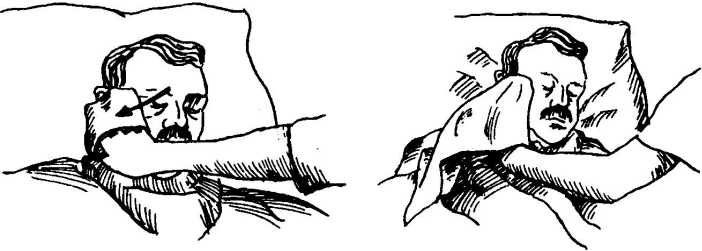


Рис. 3.9. Мытьё век



Рис. 3.10. Мытьё

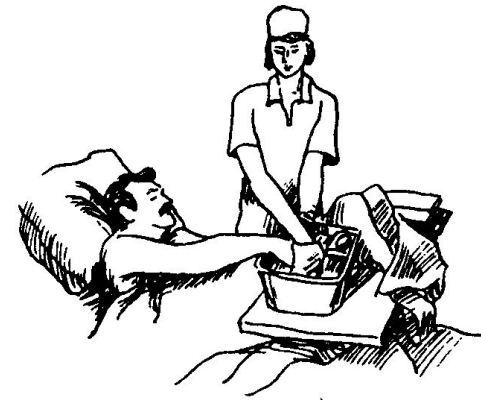


Рис. 3.11. Мытьё кисти

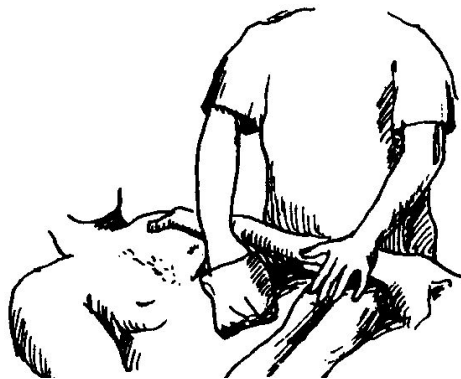


Рис. 3.12. Мытьё грудной клетки

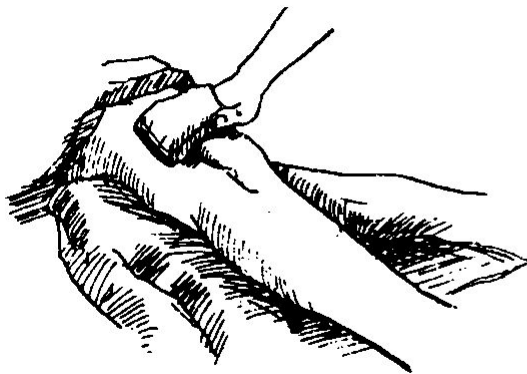


Рис. 3.14. Мытьё ног

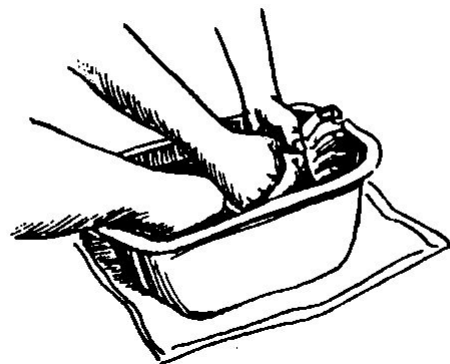
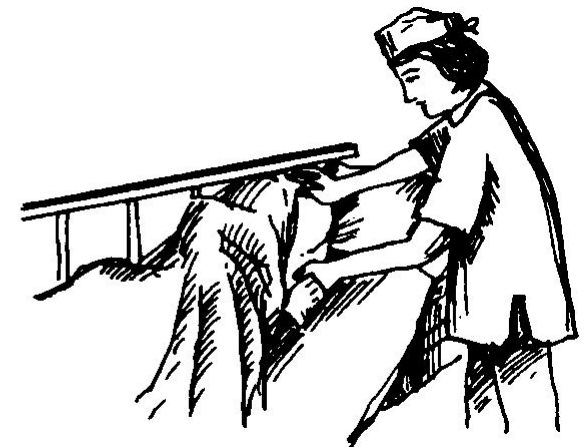
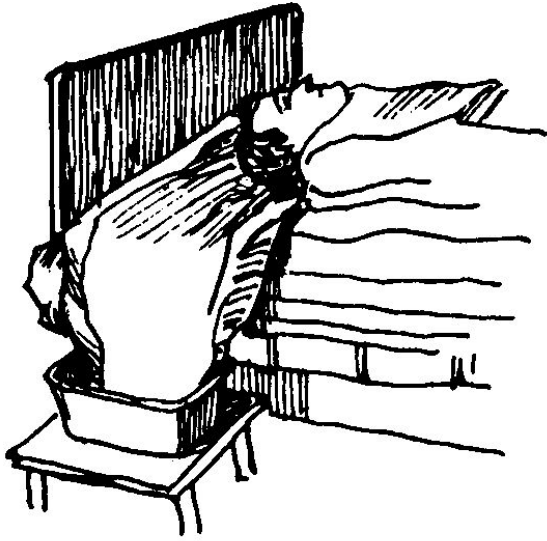


рис. 3.15. Мытьё задней поверхности туловища



# Мытье



a



б



б

# **Расчесывание волос пациента**

*Оснащение:* щетка для волос, расческа (редкий гребешок), зеркало, полотенце, мешок для грязного белья.

## **I. Подготовка к процедуре**

1. Получите согласие пациента на процедуру.
2. Прикройте плечи пациента полотенцем (если он лежит, положите полотенце под голову и плечи).

## **II. Выполнение процедуры**

3. Снимите с пациента очки, удалите из волос шпильки, заколки и т. п.
4. Медленно и осторожно расчесывайте волосы (рис. 4.26)
  - начинайте расчесывать волосы с концов (но не с корней!) постепенно продвигайтесь к корням волос; не применяйте силу при расчесывании запутанных волос! Смочите волосы, их легче расчесывать (мыть волосы нужно после того, как вы их распутаете!)

Предложите зеркало после процедуры.

## **III. Завершение процедуры**

7. Уберите полотенце с плеч пациента (или из-под головы и плеч) и сбросьте в мешок для грязного белья.
8. Вымойте руки.

## **Уход за полостью рта, зубами, зубными протезами**

У ослабленных и лихорадящих пациентов на слизистой оболочке рта, на зубах появляется налет, который состоит из слизи, опущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия. Сахар и крахмал — питательная среда для бактерий.

*Если пациент в сознании, но беспомощен, уход за полостью рта заключается в:*

- полоскании рта после каждого приема пищи; после каждого приступа рвоты;
- чистке зубов (зубных протезов) вечером и утром;
- очищении промежутков между зубами 1 раз в день (лучше вечером).

**Если пациент без сознания**, он не только не в состоянии чистить зубы, но и

глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких пациентов уход за полостью рта нужно осуществлять каждые 2 ч, днем и ночью.

**И запомните!** При уходе за полостью рта, чистке зубов, зубных протезов соблюдайте универсальные меры предосторожности: надевайте

## Уход за полостью рта пациента в бессознательном состоянии

*Оснащение:* полотенце — 2, перчатки — 2 пары, лоток, стакан с раствором для полоскания, марлевые салфетки, лейкопластырь, ножницы, деревянный шпатель, помазок, лоток, мягкая зубная щетка, вазелин (или крем для губ), чашка, мешок для белья, мешок для мусора.

### 1. Подготовка к процедуре

1. Вымыть руки. 2. Намотать на деревянный шпатель салфетку и закрепить ее лейкопластырем 3. Налить в чашку антисептический раствор для обработки полости рта.

4. Разместить пациента на боку так, чтобы его лицо находилось на краю подушки или повернуть лицо пациента к себе так, чтобы

5. Развернуть полотенце, бережно подняв голову и расстелить его под головой.

6. Развернуть второе полотенце и покрыть им грудную клетку.

7. Подставить лоток под подбородок пациента.

8. Надеть перчатки.

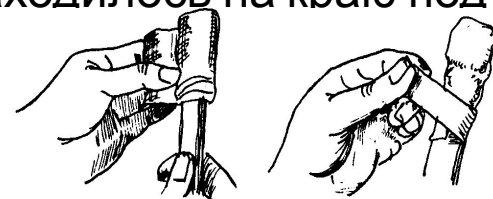
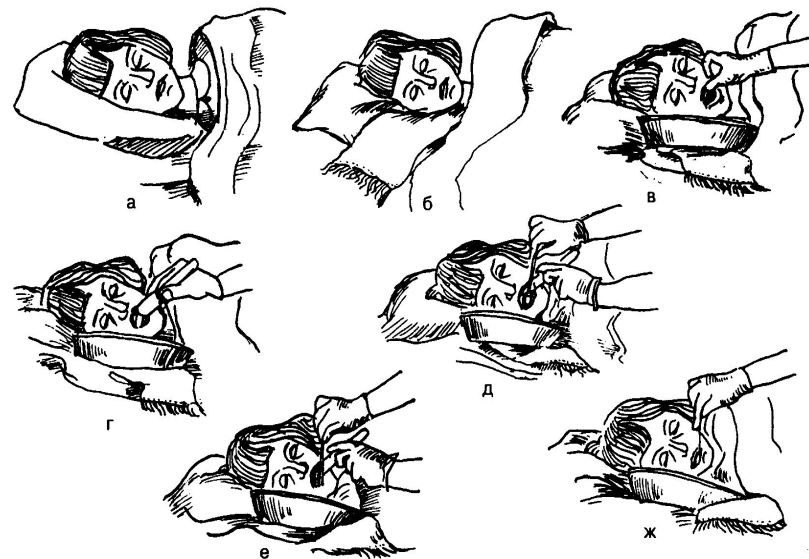


Рис. 4.31.



## **II. Выполнение процедуры**

9. Открыть рот пациента, бережно, не применяя силы, ввести между верхними и нижними зубами 1 и 3 пальцы одной руки и бережно нажать этими пальцами на верхние и нижние зубы, раскрывая рот пациента шире.

10. Открыв рот пациента, поставить между зубами подготовленный деревянный шпатель, чтобы рот оставался открытым.

11. Намотать на указательный палец салфетку, смочить ее в подготовленном растворе и, придерживая большим пальцем, обработать: небо; внутреннюю поверхность

щеки; зубы; десны; язык и пространство под языком; губы.

**Примечание.** Менять салфетки по мере загрязнения слизью, налетом и липкой слюной.

12. Сбрасывать использованные салфетки в мешок для мусора или лоток.

13. Почистить зубы, используя мягкую щетку (без пасты!). (Не смачивать ее обильно, так как есть риск аспирации жидкости).

14. Нанести на губы, используя помазок, вазелин или крем для губ.

## **III. Завершение процедуры**

15. Убрать лоток полотенца;

16. Сбросить полотенце в мешок для белья. Снять перчатки и сбросить их в мешок для мусора.

17. Разместить пациента в удобном положении.

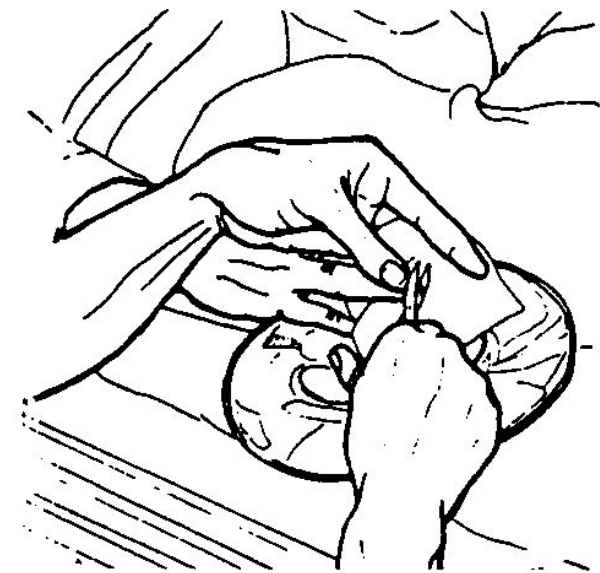
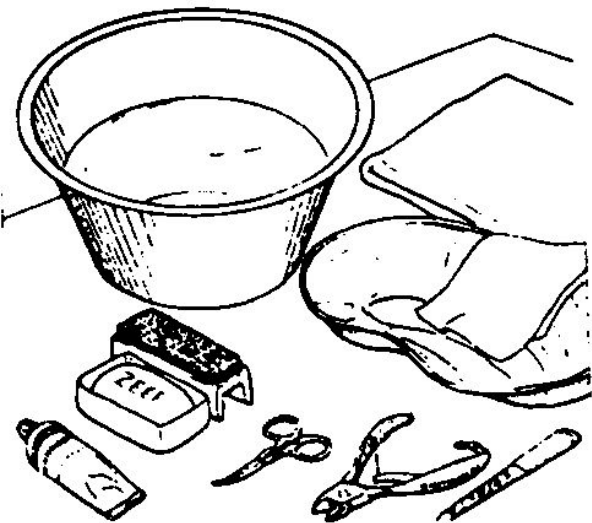
18. Вымыть руки.



## Уход за руками и ногами

### Стрижка ногтей на руках

*Оснащение:* махровая рукавичка, перчатки, щипчики (ножницы) для ногтей, емкости для мусора и грязного белья, впитывающая пеленка (клеенка), мыло, емкость для воды, крем для рук.



## **I. Подготовка к процедуре**

1. Объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение.
2. Наполнить лоток теплой водой и поставить его на чистую поверхность, убедиться, что вода негорячая.
3. Помочь пациенту сесть (если это возможно).
4. Положить на свободную часть кровати рядом с рукой пациента впитывающую пеленку (клеенку) и поставить емкость с водой.

## **II. Выполнение процедуры**

5. Помочь пациенту положить руки в воду (пусть он подержит их 5 мин): ногти размягчатся, их легче подрезать.
6. Помочь ему вымыть руки с мылом. Ополоснуть руки пациента. Вытереть их насухо полотенцем, на котором они лежали. Убедиться, что кожа между пальцами сухая.
7. Надеть перчатки. Подстричь ножницами или щипчиками ногти ровно по внешнему периметру.
8. Снять перчатки и положить их в мешок для мусора.
14. Подпилить ногти пилочкой, убрать заусенцы.
15. Нанести крем на руки пациента. Бережно сделать массаж кистей в направлении от кончиков пальцев к запястью.
16. Сбросить полотенце и клеенку в мешок для грязного белья.

## **III. Завершение процедуры**

17. Вымыть руки.

Если предполагается одновременно стричь ногти на руках и ногах, поместить стопу пациента в емкость с водой, стоящую на кровати. В это время вы будете

## Уход за стопами и гигиена пальцев ног пациента

**Оснащение:** впитывающая пеленка (клеенка), полотенце, махровая рукавичка,

ножницы, мешки для грязного белья, емкость для воды, перчатки.

### 1. Подготовка к процедуре

1. Объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение.

2. Наполнить емкость теплой водой, убедиться, что она негорячая.

3. Помочь пациенту сесть на стул, чтобы было удобно разместить его ногу в



б



*Если пациент не может сесть на стул:*

- помочь ему лечь на спину или в положение Фаулера;
- положить в ногах впитывающую пеленку (клеенку) и поставить на нее емкость с водой;
- согнуть ногу пациента в колене и поставить его стопу в емкость с водой.

## **II. Выполнение процедуры**

4. Надеть перчатки. Поставить на пол емкость с водой и помочь пациенту поставить ноги в воду на 5 мин.

**Внимание!** Во время мытья не наклоняйтесь вперед, присядьте на корточки.

5. Помочь пациенту вымыть ноги махровой рукавичкой.

6. Вылить воду, ополоснуть емкость, наполнить ее теплой водой.

7. Ополоснуть ноги пациента.

8. Вытереть насухо полотенцем, убедиться, что кожа между пальцами сухая.

9. Полотенцем осторожно сдвинуть кожу у основания ногтей. Подстричь ногти на ногах. Положить ножницы в лоток, а полотенце и клеенку — в мешок для белья.

10. Осмотреть кожу пальцев ног и стоп.

11. Снять перчатки.

12. Помочь пациенту лечь в постель.

## **III. Завершение процедуры**

13. Вымыть руки.

## Помощь при физиологических Отправлениях

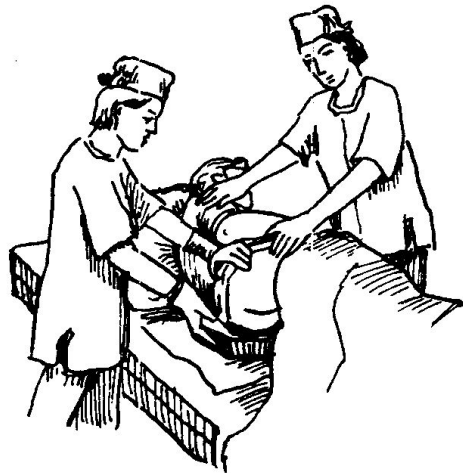
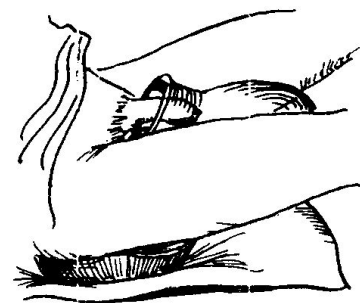
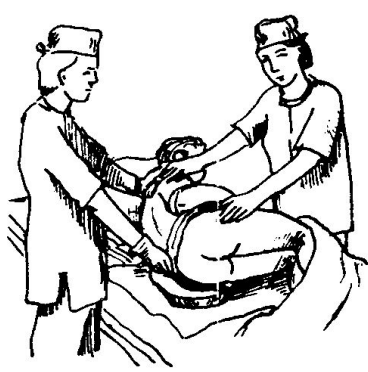
Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно, а при мочеиспускании — мочеприемник (женщины и при мочеиспускании чаще пользуются судном).

Оказывая пациенту помощь при физиологических отправлениях, нужно придерживаться основных принципов ухода:

- обеспечьте уединенность во время мочеиспускания и дефекации;
- не торопите, но и не оставляйте человека надолго одного на судне — это небезопасно;
- поощряйте быть максимально независимым при физиологических отправлениях;
- обеспечьте ему возможность вымыть руки, а при необходимости промежуток (если пациент этого не может, сделайте за него)

Все манипуляции с мочеприемником, так же как и с судном, должны проводиться в перчатках. Прежде, чем подать мочеприемник, его нужно ополоснуть теплой водой, под таз пациента подложить клеенку. Положение мочеприемника у мужчин и женщин показано на рисунке. Подав мочеприемник, нужно укрыть пациента и положить рядом с ним средство коммуникации. После мочеиспускания содержимое

мочеприемника выливают и вновь ополаскивают теплой водой. После мочеиспускания в некоторых случаях требуется подмывание. После окончания

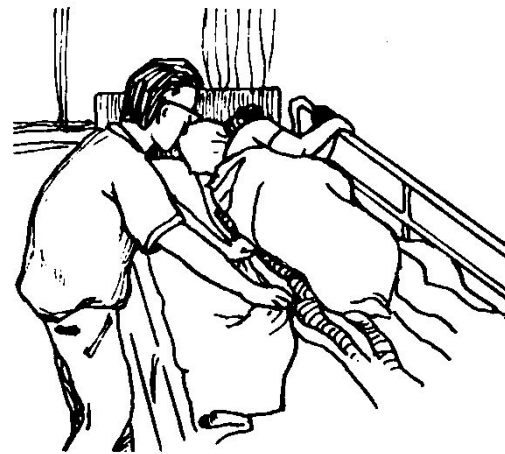


# Помощь пациенту в осуществлении личной гигиены и выделении продуктов жизнедеятельности

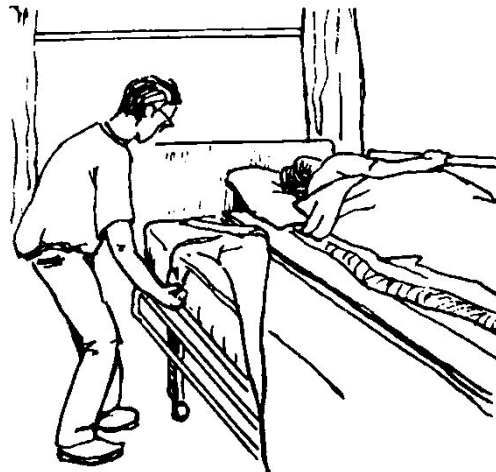
- Смена постельного белья у лежачего больного



а



б

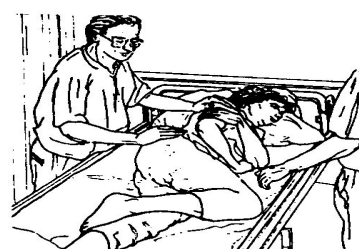
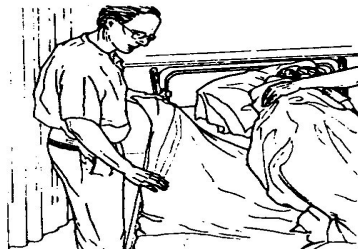
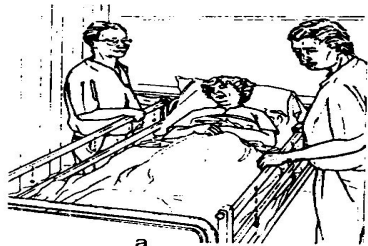


в



г

# Смена простыни (пациент не может повернуться на бок) ( выполняют две сестры )

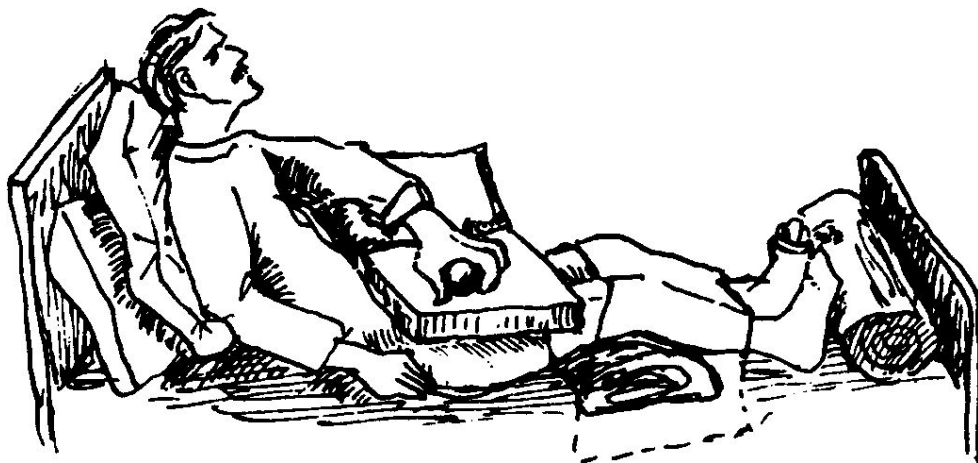




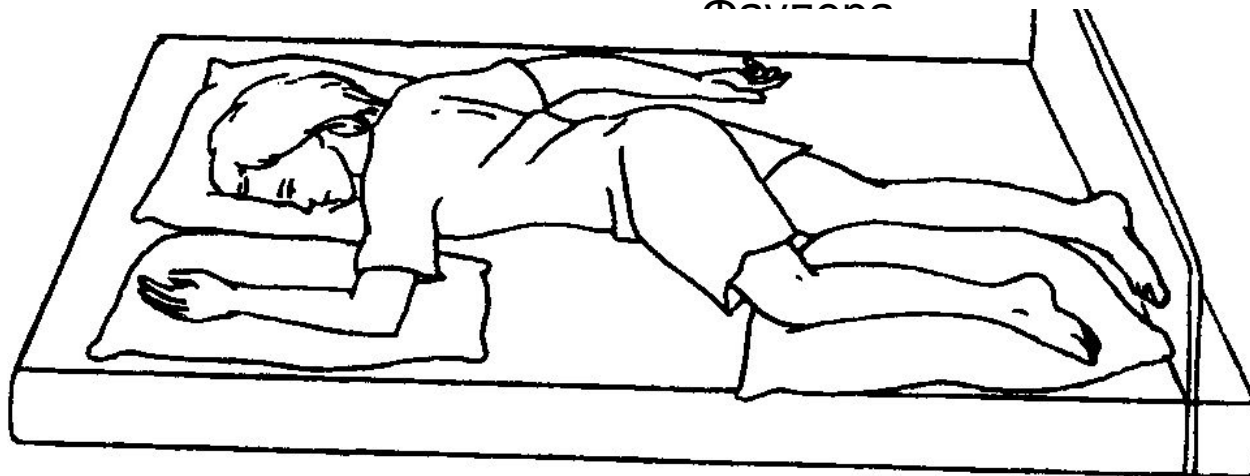
## Размещение пациента в постели

Правильное размещение пациента в постели не только улучшает его самочувствие, но при некоторых заболеваниях предупреждает необратимые изменения, приводящие его к инвалидности.

Когда пациент неподвижен частично или полностью, он не может самостоятельно занять удобное и необходимое положение. Более того, положение неподвижного человека надо менять каждые 2 ч.

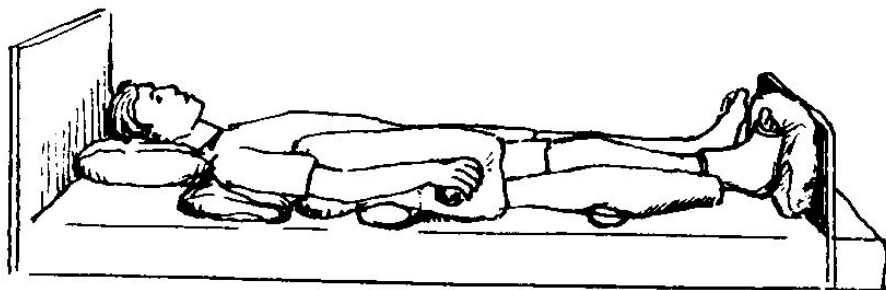


Размещение пациента с гемиплегией в  
положение  
Фолкера

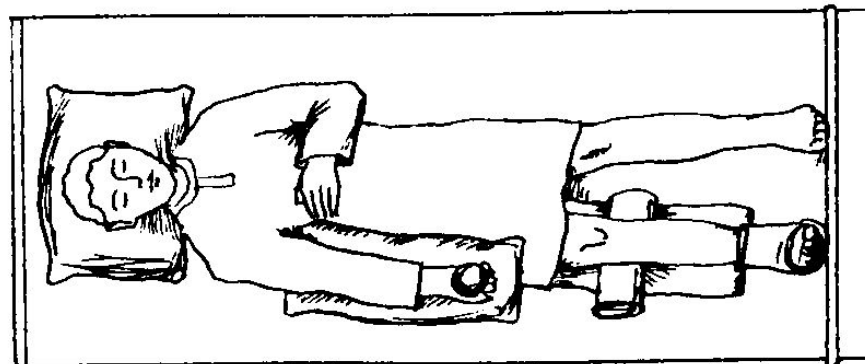


Размещение пациента в положение Симса промежуточное между положением  
«на животе» и «на боку»

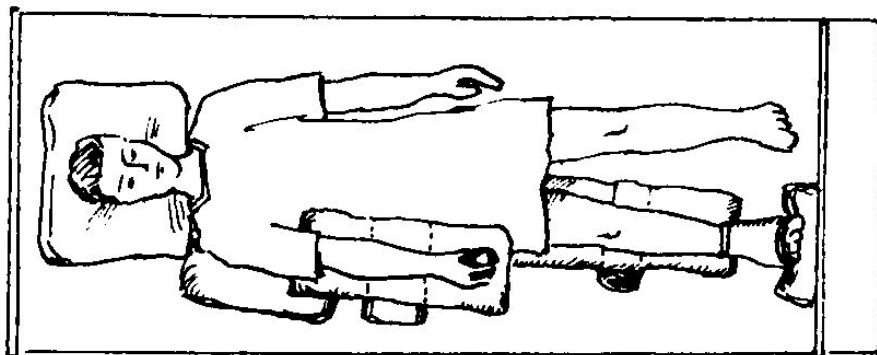
# Размещение пациента с гемиплегией на спине



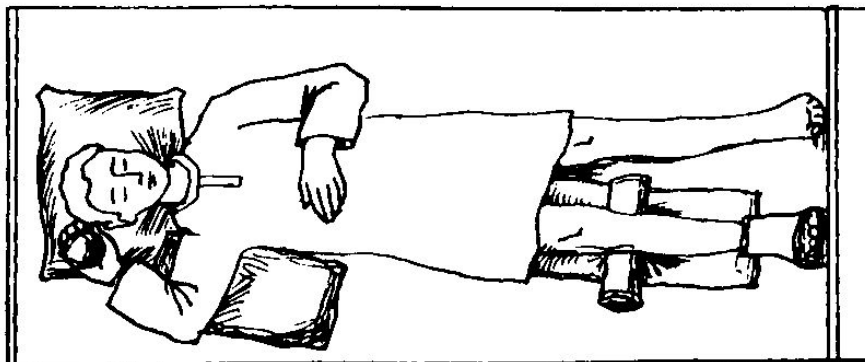
а



б

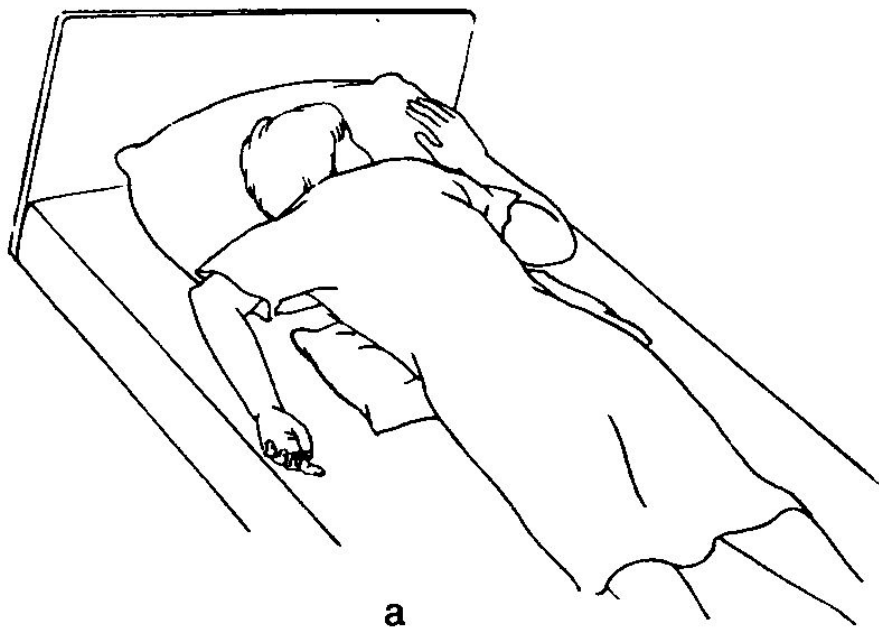


в

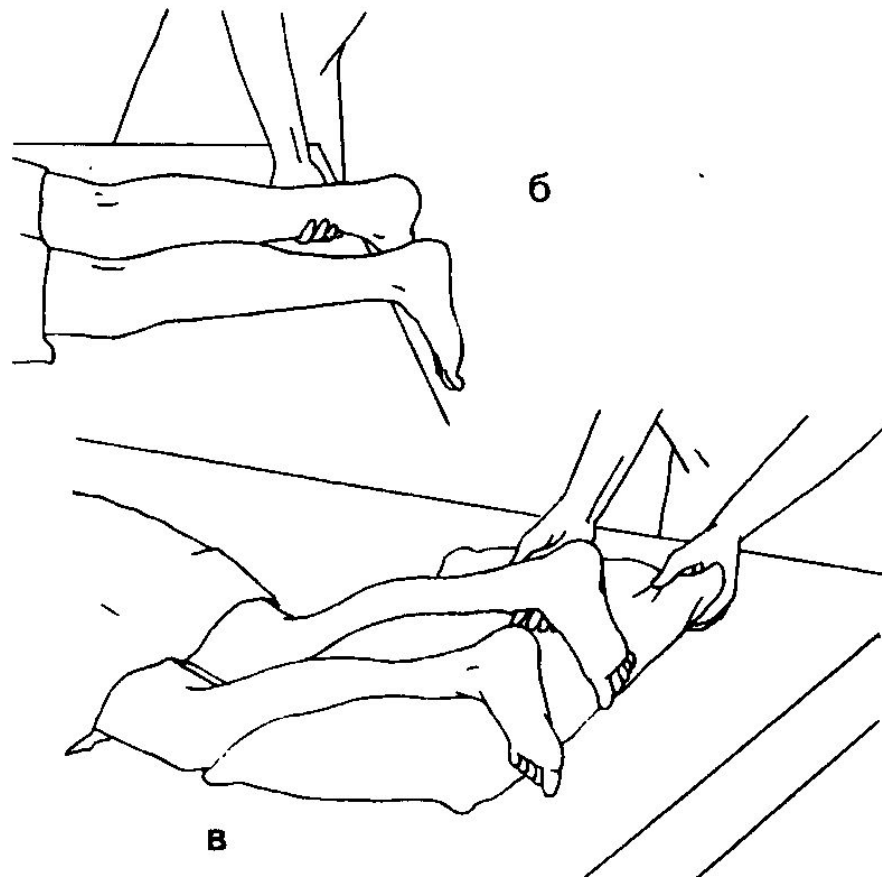


г

# Положение пациента на животе



а



б

# Ваши руки = руки пациента!

## Помощь пациенту при снятии и надевании одежды:

- если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав с неповрежденной руки, затем с больной. При одевании – наоборот - сначала одеть на больную руку, затем на здоровую.

одна из целей ухода — **поддержание чистоты кожи.**

Чистая кожа нормально функционирует. Для этого ежедневно необходимо проводить ее утренний и вечерний туалет. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль, особенно в подмышечных впадинах, в складках под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника.

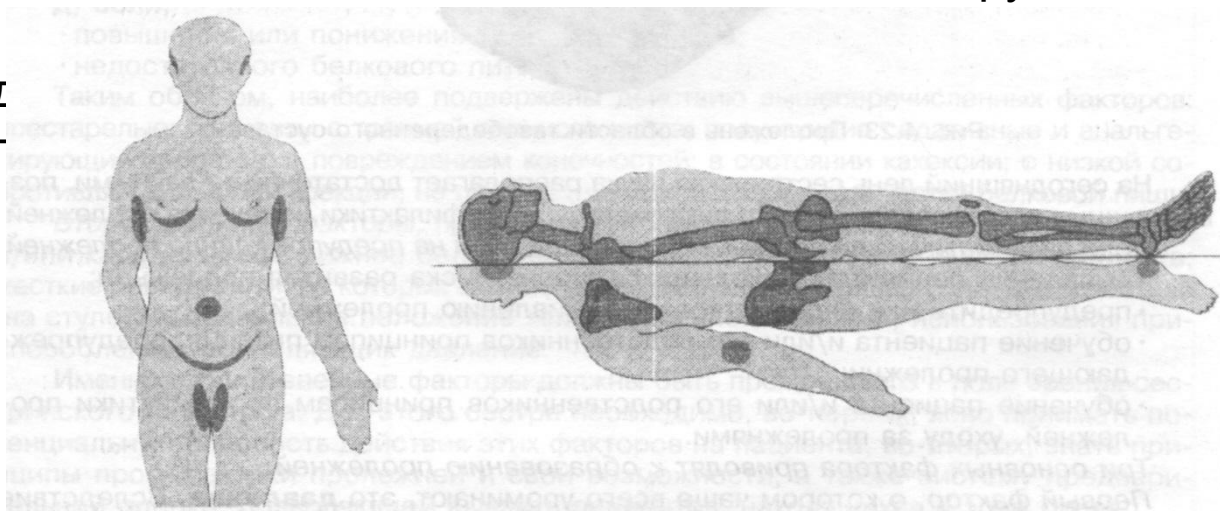
Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю. Если пациент неподвижен и ванна или душ ему противопоказаны, то кроме ежедневного

умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета,

необходимо ежедневно мыть его по частям. После мытья следует насухо вытирать кожу.

Подмышечные и паховые области, складки кожи под грудными железами следует

мыть ежед  
потливост  
так как на



нной

**Кожа** пожилых людей становится очень тонкой, особенно на кистях, ступнях, в области крупных суставов и в местах костных выступов. За счет уменьшения пото- и салоотделения, потери эластичности кожа делается сухой, морщинистой и складчатой. Уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки.

У лежачего пожилого даже грубое или тяжелое постельное белье может травмировать кожу, приводить к развитию пролежней.

Из-за возрастных особенностей кожи нарушается теплообмен, пожилые легко отдают тепло и поэтому часто мерзнут и зябнут, нуждаются в теплой одежде, обогреве постели. Нужно помнить, что для обогрева постели использовать электрические грелки можно только в том случае, если Вы уверены, что пожилой человек не заснет рядом с грелкой. Оптимальная температура воздуха в помещениях должна быть около 21 °С.

**Костно-мышечный аппарат** Общее количество костной ткани с возрастом уменьшается (остеопороз). Истончаются суставные хрящи, в том числе межпозвонковые диски, что приводит к развитию болевого синдрома, изменению осанки, искривлению позвоночника. Большое значение для профилактики подобных состояний имеет **гимнастика**. Пожилых часто мучают сильные боли в области позвоночника, тазобедренных, коленных, плечевых суставов при любом движении. Боли сопровождаются выраженной деформацией и ограничением подвижности. Это приводит к уменьшению двигательной активности пожилого, его

Физические упражнения не только приостанавливают потерю мышечной массы, но и способствуют нарастанию силы даже у очень пожилых людей, увеличению их двигательной активности. Известно, что после настойчивых занятий физкультурой в течение 1-2 мес многие пожилые люди отказывались от тростей и ходунков. Поэтому двигательная активность вопреки болевому синдрому, физические упражнения с дозированной нагрузкой помогают сохранить подвижность и физическую силу в любом возрасте. Для пациентов с болевым суставным синдромом показаны изометрические упражнения.



**Дыхательная система** Легочная ткань пожилых людей теряет свою эластичность. Уменьшается подвижность грудной клетки и диафрагмы. Легкие не могут полностью расправляться при вдохе. Развивается одышка. Снижается бронхиальная проходимость, нарушается дренажная "очистительная" функция бронхов, снижается кашлевой рефлекс. Плохая вентиляция легких способствует развитию пневмоний. Из-за уменьшения кровенаполнения легких и склерозирования стенок альвеол нарушается нормальный газообмен, в результате чего кислород воздуха плохо проникает через альвеолы в кровь, а углекислота - из крови. Развивается гипоксия - состояние, сопровождающееся пониженным содержанием кислорода в крови, что приводит к быстрой утомляемости, сонливости. Гипоксия вызывает нарушения сна. Поэтому пожилым необходимо чаще находиться на свежем воздухе, заниматься дыхательной гимнастикой.

**Сердечно-сосудистая система:**

Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз)

**Пищеварительная система** Пожилые люди часто страдают плохим аппетитом. Это может быть связано с потерей обоняния, вкуса, уменьшением количества выделяемой слюны и пищеварительных соков. При этом питательные вещества плохо усваиваются. Проверьте наличие зубов во рту и их состояние. Пища, приготовляемая пожилым, не должна быть слишком твердой. Слюны выделяется мало, и поэтому пожилые люди часто жалуются на сухость в полости рта, трещины на губах и языке. Из-за малого количества слюны, обладающей бактерицидным действием, в полости рта, особенно при плохом уходе и наличии зубных протезов, под которыми всегда остаются частицы пищи, быстро развиваются гнилостные процессы. Пожилые люди нуждаются в тщательном уходе за полостью рта, частом смачивании ее водой или соком.

Из-за возрастных изменений у пожилых часто возникают грыжи пищевода. Часто возникает **гастроэзофагеальный рефлюкс** - обратное затекание пищи из желудка в пищевод, что приводит к таким симптомам, как боли в области груди, изжога. Для профилактики этого осложнения необходимо принимать пищу в вертикальном положении небольшими порциями, почаще; после еды побыть в вертикальном положении хотя бы 1 час. Пища должна быть однородной, кашицеобразной консистенции, не слишком жидкой. Последний прием пищи необходимо осуществлять не позже, чем за 3-4 ч до ночного сна.

Большую проблему представляют запоры. Они объясняются замедлением перистальтики кишечника, снижением тонуса толстой кишки и нарушением продвижения по ней каловых масс, ослаблением мышц передней брюшной стенки и таза, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, сопутствующими заболеваниями, например геморроем.

Для профилактики запоров можно посоветовать вести подвижный образ жизни, совершать ежедневные прогулки, заниматься гимнастикой, делать массаж передней брюшной стенки живота, употреблять достаточное количество жидкости, овощей и фруктов.

Поджелудочная железа претерпевает с возрастом дистрофические изменения. Часто развивается **сахарный диабет**. Чтобы предотвратить заболевание, следует ограничить потребление мучных продуктов, сладкой и жирной пищи

**Мочевыделительная** система: Диурез, т.е. суточное количество мочи, уменьшается (у 80-90-летнего человека он составляет только половину диуреза молодого). Моча выделяется в небольшом количестве, высокой концентрации. **Лекарства выводятся из организма плохо**, поэтому легко может произойти передозировка препаратов. Стенка мочевого пузыря утолщается, а эластичность и емкость - уменьшаются. Возрастает частота позывов на мочеиспускание. Нарушение замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря обуславливает подтекание мочи, т. е. недержание ее при наполнении мочевого пузыря. Из-за снижения функций высших нервных центров, контролирующих рефлекс мочеиспускания, старые люди плохо терпят, когда мочевой пузырь наполнен мочой. При возникновении позыва на мочеиспускание они испытывают необходимость сразу помочиться. С учетом этого необходимо при уходе за пожилыми людьми уменьшить интервал между мочеиспусканиями, понуждать пациентов чаще ходить в туалет или пользоваться судном или уткой.

## **Зрение**

У пожилых людей происходит нарушение рефракции, часто развивается катаракта, что приводит к снижению остроты зрения, особенно периферического. Пожилые люди плохо фиксируют взгляд на предметах, часто или совсем не видят того, что находится сбоку от них. Без нужды не переставляйте предметы в комнате, во избежание травм!

У пожилого человека глаза плохо и медленно адаптируются к условиям недостаточной или избыточной освещенности, особенно при быстром переходе от света к темноте и наоборот. Поэтому Ваш подопечный может ничего не увидеть у себя под ногами, если он только что перевел взгляд с окна в комнату, где он находится.

**Слух** Если Ваш подопечный носит слуховой аппарат, убедитесь, что он им пользуется правильно, в соответствии с прилагаемым техническим руководством; проверяйте периодически, как аппарат работает, не сломан ли, не сели ли батарейки, не забились ли в наушники ушная сера. Во время разговора постарайтесь не отворачивать лицо, не смотрите в пол, не закрывайте рот или лицо руками. Во-первых, Вы этим ухудшаете ясность звуков, а во-вторых, люди с плохим слухом часто хорошо читают по губам.

**Вкус** У пожилых людей значительно ухудшается способность ощущать вкус пищи из-за возрастного уменьшения количества вкусовых рецепторов - клеток, воспринимающих вкус пищи. К 70 годам таких клеток остается меньше половины. Пожилые люди плохо ощущают сладкое, кислое, горькое, часто переслащивают еду. Дополнительно ухудшают восприятие вкуса зубные протезы. Вкус может не только ухудшаться, но и извращаться. Часто пожилые жалуются на плохой вкус во рту, неприятные ощущения или вообще полное отсутствие всякого вкуса: "Пища совершенно безвкусная!", "Еда такая невкусная и совершенно пресная!" и др. Это часто приводит к отказу от еды, жалобам на плохой аппетит. Поэтому при приготовлении пищи желательно использовать пряности, вкусно и сильно пахнущие травы и т. д. Важно следить за состоянием полости рта, обязательно чистить зубные протезы, прополаскивать рот перед и после еды, очищать поверхность языка от налетов.

**Обоняние** ухудшается. Пожилые люди плохо ощущают и различают запахи. Из-за отсутствия обоняния еда кажется безвкусной, что приводит к потере аппетита. Другая серьезная проблема, обусловленная нарушением обоняния, - риск отравления испорченными продуктами, газом, выходящим из открытой конфорки на кухне. Не почувствовав запах дыма при возгорании, пожилой человек может не заметить вовремя пожар.

**Тактильная (осязательная) чувствительность** У людей старшего возраста ухудшается способность тонкого ощущения предметов. Из-за этого они берут предметы неловко, могут легко выронить их из рук и в результате обжечься, ошпариться; вызвать возгорание и пожар.

Предметы, которыми часто пользуется пожилой, например посуда, должны иметь достаточно большие и удобные ручки, чтобы можно было надежно брать за них. Предметы должны быть достаточно весомыми, чтобы они хорошо ощущались в руке. Особенно это относится к тростям.

Возрастное ухудшение тактильной чувствительности совсем не означает, что не нужно прикасаться к старикам. Наоборот! Выяснилось, что пожилые люди очень нуждаются в прикосновениях, не меньше, чем маленькие дети. Прикосновения, поглаживания, простое пожатие руки - все это очень важно для воодушевления, душевной поддержки Вашего подопечного. Тактильный контакт может помочь восстановить уверенность в себе, ощущение собственной востребованности, неоставленности в этом мире. Не отрывайте своей руки, когда, подойдя к постели пожилого человека, увидите, как он вдруг, не дожидаясь Вашей помощи, сам схватился за Вашу руку, буквально уцепился за нее!

**Болевая чувствительность:** замедленная реакция на воздействие температуры (возможность получить ожоги, отморожения).

**Память:** ухудшается кратковременная память, сохранена долговременная. Ни в коем случае нельзя менять установившегося порядка или месторасположения предметов!

Пожилые люди с трудом ориентируются в новой обстановке, плохо запоминают расположение комнат в новой квартире, в больнице, доме-интернате, помногу раз осваивают новые пути передвижения по местности. Поэтому необходимо помнить, что помещение пожилого человека в новую среду - это всегда сильный стресс для него, который может резко ухудшить состояние здоровья.

Необходимо добиваться того, чтобы после получения инструкции Ваш пациент обязательно повторил, как он понял задание. Хорошо, если он еще раз повторит задание через 5-7 мин.

У телефонного аппарата, на видном месте должен быть список основных номеров телефонов родственников, соседей, медицинских и социальных организаций, оказывающих данному человеку помощь, с обязательным указанием фамилий, имен, отчеств, занимаемых ими должностей.



**Сон:** Лицам старшего возраста требуется больше времени, чтобы заснуть и достичь стадии глубокого сна. Увеличивается период поверхностного сна, не дающего отдыха. При такой структуре сна могут быть жалобы типа: "всю ночь не спал". Если таких людей случайно разбудить, они могут потом долго не заснуть. Частота случайных пробуждений с возрастом увеличивается, а общая продолжительность сна не меняется. Это часто приводит к усталости и апатии.

**Общение** Психическая активность пожилых лиц падает. Они быстро устают. Нужно внимательно следить за тем, как ведет себя Ваш пациент и, обнаружив первые признаки усталости, давать ему возможность отдохнуть, "перевести дыхание".

Пожилые люди тяжело переживают, если заболевают. Беспокоятся, тревожатся, паникуют, впадают в депрессию. Боятся, что не хватит денег на лечение, что окажутся беспомощными, зависимыми от других. Страх увеличивается при помещении в больницу, в которой все незнакомо, непонятно и кажется враждебным и агрессивно настроенным. Страх и стресс, в свою очередь, ухудшают память, когнитивные (познавательные) функции.

Им нужна ваша поддержка!!!

# Умиравший больной

Переживания больного:

**Духовные переживания**

**Эмоциональные переживания: 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. Неизвестность всегда страшит. Особенно страшит неизвестность тех состояний и переживаний, которые будут сопровождать само умирание.

Человеку не хочется уходить от того, что он любит и с чем 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:** - завещание, недоделанная работа итд.

Выделяют пять эмоциональных стадий, через которые проходит умирающий человек:

- отрицание
- гнев
- ведение переговоров
- депрессия
- примирение с мыслью о неизбежной смерти

Стадии могут видоизменяться или частично отсутствовать, протекать с разной скоростью, однако схема в целом позволяет понять, что переживает умирающий, и правильно спланировать общение.

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

## **Медицинские проблемы:**

- подавленное настроение;
- тревожность;
- боль;
- анорексия;
- тошнота и рвота;
- Запоры

## **Принципы симптоматического лечения**

- Выполнять все назначения врача.
- Объяснять больному, чем вызваны его жалобы.
- Регулярно осматривать больного.
- Следить за своевременным введением обезболивающих препаратов.
- Придерживаться рекомендованной диеты.
- Использовать массаж и физиотерапию.

## 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.
- Нельзя использовать ложные обещания выздоровления как способ не говорить с больным на трудные темы. Самое худшее для больного - это отказ ему в медицинской помощи. Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего периода его земной жизни. С больным следует установить доверительные отношения. Больной должен знать, что в момент смерти он не останется один, и что кто-то будет помогать ему прожить этот период. Само по себе наше присутствие у постели тяжело больного и умирающего может иметь успокаивающее действие. Больной должен быть уверен в том, что ему помогут снять боли и другие тягостные ощущения в момент смерти. 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.

## Терминальные состояния

Это конечные стадии жизни, характеризующиеся необратимым состоянием угасания функций организма. Возникают вследствие глубоких нарушений функций важнейших систем жизнеобеспечения организма - кровообращения и дыхания. Ведущую роль играет гипоксия, прежде всего, головного мозга, обусловленная резким нарушением работы сердца и асфиксией.

**Преагональное состояние** - первый период умирания, во время которого резко снижается артериальное давление, прогрессирует угнетение сознания, падает электрическая активность мозга, нарастает кислородное голодание органов и тканей.

Терминальная пауза характеризуется внезапным прекращением дыхания, угасанием роговичных рефлексов и длится от нескольких секунд до 3 мин.

**Агония** - второй период умирания. Предшествует наступлению клинической смерти. Вначале исчезает болевая чувствительность, угасают все рефлексy, наступает потеря сознания. Дыхание может быть слабым, редким или, наоборот, коротким с максимальным вдохом и быстрым полным выдохом, с большой амплитудой дыхания. При каждом вдохе голова запрокидывается, рот широко раскрывается. Ритм сердечных сокращений постепенно замедляется до 40 - 20 в 1 мин, пульс становится нитевидным, едва прощупывается. Артериальное давление снижается до 20 - 10 мм рт. ст. Иногда возникает судороги. Появляются произвольные

## Признаки приближающейся смерти

- 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**

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