КОМИТЕТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

областное автономное учреждение
«Новгородский методический центр развития социального обслуживания населения
и предоставления социальных выплат»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Великий Новгород
2012 год

Настоящие методические рекомендации подготовлены комитетом социальной защиты населения Новгородской области и областным автономным учреждением «Новгородский методический центр развития обслуживания населения и предоставления социальных выплат» по материалам сайта http://www.meduhod.ru.

Великий Новгород 2012 год.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Лирическое вступление	5
1. Безопасность больного	6
1.1. Пожарная безопасность	6
1.2. Использование оборудования	7
2. Наблюдение за больным	7
2.1. Артериальное давление	7
2.2. Пульс	8
2.3. Дыхание	9
2.4. Температура тела	10
2.5. Кожа и слизистые	11
2.6. Моча и мочеиспускание	12
2.7. Кал и дефекация	13
2.8. Двигательная активность	14
2.9. Психическая деятельность	14
3. Контроль за приемом лекарственных препаратов	15
3.1. Основные лекарственные формы	15
3.2. Как правильно принимать лекарства	16
4. Процедуры общего ухода	17
4. 1. Кормление	17
4.2. Пересаживание с кровати на стул или кресло-каталку	18
4.3. Перестилание постели	21
4.4. Помощь в ванной комнате	21
4.5. Помощь в туалете	22
4.6. Помощь при физиологических отправлениях в кровати	23
4.7. Смена нательного белья	24
4.8. Уход за волосами и ногтями	25
5. Питание	25

5.1. Контроль за количеством потребляемой пищи 26
5.2. Потребление жидкости 26
6. Массаж 26
7. Гимнастика 26
7.1. Основные принципы гимнастики для больного человека 27
7.2. Комплекс лечебной физкультуры для лежачих больных 27
8. Общение 28
8.1. Умение слушать 28
8.2. Качества ухаживающего 29
8.3. Устное общение 29
8.4. Письменное общение 29
9. Досуг 29
10. Собственная безопасность 30
11. Домашняя аптечка 31
11.1. Правила содержания домашней аптечки: 31
11.2. Признаки негодности лекарств 31
11.3. Правила дачи лекарств 31

Вступление

Пожилые люди - это те, кому за шестьдесят. Пожилые люди - это каждый пятый из нас.

Пожилые люди - это те, в кого мы превратимся через тридцать, двадцать или десять лет.

Это наши бабушки, дедушки, мамы, папы, дяди и тети.

Пожилые люди - это те, у кого сложилось ясное ощущение, что силы с каждым днем уменьшаются, а немощи умножаются, и что процесс этот необратим.

Пожилые люди - это те, кто наконец-то понял всю мудрость и справедливость, всю пронзительную глубину пословицы "жизнь прожить - не поле перейти".

Уход - это искусство. И как каждому искусству, этому нужно учиться. Для оказания ухода, который так нужен больному пожилому человеку, требуются особые люди.

И этим особым человеком являетесь Вы!

В Вас есть доброта, сочувствие и сострадание, и пожилой человек, которому Вы помогаете, это чувствует. Но Вам чуть-чуть не хватает информации для оказания качественного и профессионального ухода. Эта методичка содержит советы, которые помогут Вам принять правильные решения при уходе за пожилыми людьми.

1. Безопасность больного

Для обеспечения безопасной среды больного необходимо придерживаться следующих правил:

- Кровать больного, туалет, ванная комната должны быть снабжены звонками для экстренного вызова;
- Для предупреждения падений в комнате пожилого человека не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами, складок на коврах;
- Во время движения плохо видящего человека лестницы и коридоры должны быть хорошо освещены;
- После попадания на пол жидкости ее необходимо немедленно вытирать, чтобы больной не поскользнулся на мокром месте;
- Необходимо препятствовать быстрому хождению и беганию подопечных;
- Обувь пожилых и ослабленных пациентов 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 (состояние стекол) и их соответствие потребностям подопечного (консультация окулиста);
- 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 сориентироваться 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 больного;
- При вставании или, наоборот, усаживании в ванной нельзя пользоваться в качестве поручня кранами или трубами водопровода. В случаях срыва крана или отрыва трубы пожилой человек может получить ожоги;
- Во избежание травмирования кожи нельзя грубо хватать пожилых людей;
- Не подавайте пожилым пациентам пищу слишком горячую, обжигающую;
- 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;
- Пить и есть люди с нарушениями глотания должны только в присутствии второго лица.

1.1. Пожарная безопасность:

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

- Курящие больные, находящиеся на постельном режиме, должны курить только в присутствии других лиц;
- Прячьте спички от больных, страдающих слабоумием;
- Нельзя курить рядом с больным, пользующимся кислородной подушкой.

1.2. Использование оборудования:

- Внимательно изучите все инструкции или правила пользования тем или иным медицинским оборудованием или инвентарем;
- Убедитесь, что вы правильно поняли принцип действия оборудования;
- 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.

2. Наблюдение за больным

Наблюдение за больным — это восприятие и определение изменений. Наблюдение — это начало необходимых действий, которые определяются жизненной ситуацией, личными привычками и опытом, а также самочувствием больного и ухаживающего.

2.1. Артериальное давление

Артериальное давление - давление крови на стенки артерий во время систолы (сокращения сердца) и диастолы (расширения и расслабления сердца). Оно зависит от силы сокращения сердца, притока крови в артериальную систему, сопротивления периферических сосудов, эластичности сосудистых стенок, вязкости крови и многих других факторов. Величина артериального давления выражается в миллиметрах ртутного столба. Нормальное систолическое или максимальное давление колеблется в пределах 100-140 мм рт. ст. Нормальное диастолическое или минимальное давление в пределах 60-90 мм рт. ст. Утром артериальное давление ниже, чем вечером на 5-10 мм рт. ст. Разница между систолическим и диастолическим давлением называется пульсовым давлением. Резкое падение артериального давления опасно для жизни! Оно сопровождается бледностью, резкой слабостью, потерей сознания. При низком давлении нарушается нормальное течение многих жизненно важных процессов. Так, при

падении систолического давления ниже 50 мм рт. ст. происходит прекращение образования мочи, развивается почечная недостаточность.

При измерении давления следует учитывать:

- при последовательном контроле давление следует измерять два раза в день в определенное время дня, в одном и том же положении тела и на той же руке;
- во время измерения давления больной должен сидеть или лежать;
- обычно давление измеряется на левом предплечье, которое освобождается от одежды для накладывания манжеты. Одежда не должна давить на верх манжеты. Сгиб локтя должен находиться на уровне сердца;
- при накладывании в манжете не должно быть воздуха. Шланги должны вести книзу, а стетоскоп должен находиться поверх артерии плеча.

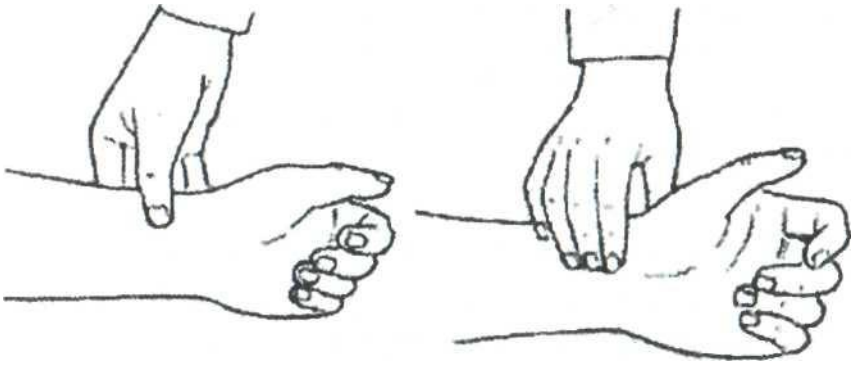


Перед началом измерения полезно в течение 10-15 минут спокойно посидеть. Измерять давление желательно три раза с интервалами в 5-10 мин. для восстановления кровообращения в руке.

2.2. 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, в том числе, связанного с приходом врача или медсестры. 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.

неправильно правильно



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. Величина пульса в нормальных условиях соответствует частоте сердечных сокращений. 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 та сила, которую нужно приложить для полного сдавления пульсирующей артерии. Чем больше напряжение пульса, тем выше величина систолического артериального давления, и наоборот, при низком артериальном давлении артерия легко сжимается.

2.3. 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. Различают три типа дыхания: грудной, брюшной и смешанный. При грудном типе дыхания дыхательные движения осуществляются, в основном, за счет межреберных мышц. При брюшном типе дыхания работают, в основном, мышцы диафрагмы и брюшной стенки. При смешанном типе дыхательные движения осуществляются за счет сокращения и межреберных мышц, и мышц диафрагмы и брюшной стенки.

При расспросе больного 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. Взяв больного за руку, можно сделать вид, что в данный момент вы подсчитываете частоту пульса, а на самом деле считать частоту дыхательных движений за одну минуту. Подсчет должен проводится 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 пациента, 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 урежение частоты дыханий является патологическим признаком и требует консультации врача!

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.

2.4. 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 пожилых людей температура немного ниже, а у детей - немного выше. Для измерения температуры тела различные виды медицинских термометров:

- ртутные максимальные;
- цифровые (электронные).

Наиболее широко применяются ртутные термометры. На шкале термометра нанесены деления - от 34 до 42-43°С. Цена деления шкалы ртутного термометра - 0,1°С. Помимо ртутных медицинских термометров, применяют электротермометры - цифровые и моментальные, удобные для быстрого определения местной температуры кожи и слизистых оболочек.





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 указанные часы можно судить о максимальной и минимальной температуре. В случае необходимости более точного представления о суточной температуре можно измерять ее каждые 2-3 ч. Длительность измерения температуры термометром - не более 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).

2.5. 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 тургор снижен, если складка расправляется не сразу или не полностью.

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.

Морщинистость кожи

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

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.

2.6. Моча и мочеиспускание

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

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. Средний размер каждой порции мочи составляет 200-300 мл. Количество мочи менее 200 мл и более 2000 мл за сутки считается патологическим. При уходе за больным важно не только знать общее количество выделенной за сутки мочи, но и соотношение принятой за сутки жидкости и выделенной мочи.

Цвет мочи в норме бывает от соломенного 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, а также ненаркотических анальгетиков (амидопирина) или свидетельствовать о примеси в моче крови. Ярко-желтой моча становится после приема тетрациклина, рибофлавина и акрихина. 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). Важно выяснить, не страдает ли больной недержанием мочи. Создание привычных и комфортных условий позволит больному нормально осуществлять мочеиспускание.

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

2.7. 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 (черной смородины, черники, вишни) или мака окрашивает испражнения в темный цвет. Некоторые лекарственные вещества также изменяют цвет кала, например, прием каломели придает ему зеленый цвет, соли висмута, железа, йода - черный цвет. При наличии примеси крови, в зависимости от степени изменения гемоглобина и его количества, цвет кала может быть черным, а вид каловых масс - дегтеобразным.

Консистенция (плотность) кала мягкая. В норме он состоит из воды и твердых веществ. 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.

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. Дефекация - сложный рефлекторный процесс, регулируется центральной нервной системой. В норме дефекация должна происходить регулярно, не реже 1 раза в 1-2 дня, безболезненно и без усилий. Отсутствие стула у больного в течение нескольких дней (запор) - патологическое состояние, способствующее ухудшению состояния здоровья и требующее.

2.8. 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. Об уровне двигательной активности будут свидетельствовать и результаты выполнения определенных тестов.

Важно определить функциональные возможности больного: его мобильность (подвижность), уровень бытовых и социальных навыков. Это позволит определить необходимость посторонней помощи и применения специальных вспомогательных приспособлений.

Для оценки мобильности больного просят выполнить следующие задания:

- повернуться в кровати со спины на живот и с живота на спину в положении лежа;
- сесть из положения лежа на спине;
- встать с кушетки из положения лежа;
- встать с кушетки из положения сидя;
- пройтись по комнате, подняться и спуститься по ступенькам лестницы (необходимо обратить особое внимание на то, как быстро утомляется больной, есть ли у него болевые ощущения);
- если больной пользуется креслом-каталкой, то необходимо пронаблюдать, как он им пользуется;
- для оценки уровня бытовых навыков больного просят показать, как он самостоятельно одевается и раздевается, расстегивает и застегивает пуговицы, чистит зубы, бреется, причесывается, умывает лицо, моет тело, пользуется столовым прибором и т.п.

2.9. Психическая деятельность

Экспресс-метод исследования психического статуса

В повседневной деятельности составить представление о психической деятельности человека можно с помощью метода задавания пациенту следующих вопросов:

- Как вы спите?
- Хороший ли у вас аппетит?
- Чем вы в основном занимаетесь среди дня?
- Быстро ли вы устаете?
- Трудно ли вам сосредоточиться?
- Не кажется ли вам, что вы стали забывчивы?

3. Контроль за приемом лекарственных препаратов

Лекарственный препарат - лекарственное средство в готовом для употребления виде.

Лекарственное средство (вещество) - одно или смесь веществ, природного или синтетического происхождения, применяемые для профилактики и лечения болезней.

Лечение большинства заболеваний не обходится без приема лекарственных препаратов. Лекарственная терапия способствует выздоровлению, улучшает прогноз болезней и повышает качество жизни пациентов. Успех лекарственной терапии во многом зависит от правильного приема лекарственных препаратов. Знание правил приема лекарств часто позволяет избежать побочных действий, осложнений, нежелательных эффектов. В особом контроле за правильным приемом лекарств нуждаются дети, пожилые люди, больные, страдающие психическими заболеваниями.

3.1. 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. Растворы могут применяться как для парентерального, так и для энтерального введения.

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 спрессования лекарственных средств. Применяются для приема внутрь. Для наружнего 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 из желатина или других веществ. 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 и содержащая менее 25% сухих веществ.

3.2. 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). Приемом натощак считают применение 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 (до или после еды, разжевывая или нет, чем запивать, надо ли обрабатывать полость рта после приема лекарства и т.п.) 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 пациента. Если пациент, принимающий любой лекарственный препарат, собирается употреблять алкоголь, он должен выяснить у лечащего врача, нет ли противопоказаний для этого.

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 (количество лекарственного вещества в одной таблетке, капсуле и т.п.) 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. Разница может быть очень значительной. 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. Если назначенная доза выше, чем дозировка в одной таблетке желательно, чтобы количество таблеток было кратно прописанной дозе. 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, пожилых людей, а также страдающих некоторыми сопутствующими заболеваниями.

4. Процедуры общего ухода

4. 1. 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. От того, в каком они состоянии, будет зависеть вид кулинарной обработки пищи.

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 маленькой (чайной или десертной) ложки, используя гомогенную пищу (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 или использовать маленький чайник для заварки чая, бутылочки с соской,



употребляемые для маленьких детей. Для того чтобы ослабленный больной или больной с нарушением координации движений мог лучше удерживать поильник, используют специальные поильники с двумя ручками. Лучше иметь два таких сосуда: один для горячих напитков (чай, бульон), другой - для холодных. Можно использовать для питья также пластиковые соломинки, с помощью которых можно пить из любого сосуда, не меняя своего положения в кровати. 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 поощряйте больного жевать тщательно и медленно;
- следите, чтобы он сконцентрировался на приеме пищи, необходимо устранить любые отвлекающие факторы, например, выключить телевизор, радиоприемник и др.;
- следите, чтобы больной наклонял голову вниз при жевании;
- держите голову больного в приподнятом положении во время еды и в течение получаса после приема пищи.

Если больной может сидеть в постели и есть сам, то необходимо узнать у него, в какой именно помощи он нуждается.

Перед едой больного необходимо усадить в кровати, приподняв ему немного спину и поддерживая ее подушками. Грудь больного прикрыть салфеткой, заложенной под подбородок. Для этой цели можно использовать полотенце или клеенчатый фартучек.

После еды предложить больному воду для полоскания рта. После приема пищи больного удобно уложить в кровать.

4.2. 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 сиделки

- Объясните пациенту Ваш план перемещения и поощряйте его посильную помощь;
- 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, наклонясь 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 сиделки

- 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.

4.3. Перестилание постели

Подготовка

- Убедитесь, что больной согласен сменить постельное белье;
- Если при смене белья Вам нужна помощь, то планируйте это сделать тогда, когда рядом есть помогающий;
- Продумайте план действий вместе с пациентом, с учетом его возможностей;
- 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: например, пластиковый бак или обычное ведро. Если ничего под руками нет, можно расстелить на полу несколько газет.

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);

4.4. Помощь в ванной комнате



Если Ваш больной может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате. Помогая больному принимать ванну или мыться под душем, нужно помнить о том, что ванная комната может оказаться опасным местом, поэтому ванную комнату необходимо соответствующим образом подготовить. Температура в помещении должна быть около 24°С, 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 ванные принадлежности, полотенце, чистое белье и халат. Для того, чтобы предупредить образование

водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, нужно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до нужной температуры. Можно проверить температуру воды в ванне, прикоснувшись к ней внутренней стороной запястья. Пальцы менее чувствительны, чем внутренняя часть запястья, поэтому, если определять температуру воды с помощью пальцев, можно неправильно оценить ее. Температура воды в ванне должна быть 35-37°С. 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 больной в состоянии мыться сам и самостоятельно использовать банные принадлежности, то ему помогут мочалки, рукавицы для мытья, моечные мочалки на длинных ручках, моечная ткань, снабженная петлями, для пациентов с нарушениями хватательных движений - мыло или мыльница на подвесах, распылители для жидкого мыла. Мытье больного в ванне нужно начинать с того, чтобы смочить все тело теплой водой, вымыть голову, затем тело, руки, ноги. 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.

4.5. Помощь в туалете

Больные люди часто нуждаются в том, чтобы им помогли дойти до туалета. При различных нарушениях, таких как снижение активности движения верхних и нижних конечностей, параличи, парезы, головокружения, слабость, многие больные не могут дойти до туалета и сесть на унитаз, манипулировать одеждой, принять соответствующее положение, взять туалетную бумагу и пользоваться ею. Иногда может быть достаточно довести больного до туалета, но в других случаях необходимо помочь ему при совершении физиологических отправлений 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. Затем помочь больному снять нижнюю одежду, принять соответствующее положение для опорожнения мочевого пузыря или кишечника. Затем надеть одежду, помочь выйти из туалета и дойти до кровати.



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. Скажите больному, что Вы собираетесь просунуть руки под его руками, а он должен обнять Вас за талию или плечи, но не за шею. Если больной обнимет Вас за шею, он может нанести Вам вред или Вы вместе с больным можете упасть, потеряв равновесие. Попросите больного, чтобы он поднял руки, а Вы проденьте свои руки под его руками, наклонясь 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 и опорожнить мочевой пузырь или кишечник, приподнять больного, взять туалетную бумагу и промокнуть промежность. Затем помочь надеть одежду и пересесть в кресло. Для пациентов с недержанием мочи и кала можно использовать памперсы, катетеры, калоприемники. После туалета принести больному тазик с водой для мытья рук.

4.6. 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. При возникновении желания помочиться или совершить дефекацию тяжело больные люди не могут самостоятельно отправиться в туалет, а вынуждены прибегать к нашей помощи. 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.

Попросите больного согнуть колени и приподнять таз, передвигая ноги вдоль матраса. Подавать судно или мочеприемник ("утку") 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 понадобитесь. После дефекации или мочеиспускания помогите больному переместиться с судна, попросите больного приподнять таз для того, чтобы извлечь судно из-под больного. Судно или "утку" выносите плотно закрытыми крышкой или пеленкой. По окончании процедуры не забудьте проветрить комнату. Процедуру необходимо проводить в одноразовых перчатках. Сняв перчатки, руки еще раз необходимо тщательно вымыть.

Следует помнить, что многим мужчинам трудно пользоваться мочеприемниками в лежачем положении. Поэтому, по возможности, необходимо при мочеиспускании посадить больного в кровати или на кровати со свешенными ногами. Если больной может стоять, мочеиспускание можно совершать стоя.

4.7. Смена нательного белья

Последовательность действий при смене нательного белья:

- избавьте пациента от посторонних взглядов;
- не допускайте шуток и даже улыбок во время процедуры;
- 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 пациентов, в целях профилактики пролежней, бельё не должно иметь грубых швов, пуговиц, заплаток. Для этой цели подходят футболки: они хорошо тянутся, имеют минимум швов, мягкие, закрывают плечи и грудь, что способствует сохранению тепла;
- если пациент может сидеть или хотя бы присесть на несколько минут с Вашей помощью - это значительно облегчит переодевание;
- пациентов в тяжелом состоянии лучше переодевать вдвоем;
- для пациентов с недержанием мочи используют короткие рубашки (мужские или футболки);

- переодевать пациента следует ежедневно, а при необходимости - и по несколько раз в день;
- поощряйте пациента к самостоятельности, но не доводите его до изнеможения.

4.8. Уход за волосами и ногтями

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.

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 пациентам с недержанием кала.

5. Питание

5.1. Контроль за количеством потребляемой пищи

Аппетит человека зависит от многих факторов. Например, у человека может быть не очень хороший аппетит, если он болен или его тошнит. Он может быть очень голоден или не очень голоден в зависимости от лекарств, которые принимает. Его аппетит может меняться, если он взволнован, испытывает страх или расстроен. Он может есть, даже если он не очень голоден, если счастлив, возбужден, если ему скучно или одиноко. Аппетит человека может зависеть от запаха пищи - запах может вызвать у одного человека чувство голода, а у другого - приступ тошноты. Запах также влияет на восприятие вкуса пищи - если человек не чувствует запаха пищи, он почти не ощущает ее вкуса. Если у человека заложен нос, он может не испытывать голода, потому что он не чувствует ни вкуса, ни запаха пищи. 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. Например, человеку с сердечной недостаточностью в тяжелой степени или с заболеванием почек может быть разрешено получать только строго предписанное врачом количество жидкости. Ему может быть вообще запрещено пить и есть определенное время. Человеку, который должен сдать определенные анализы крови или пройти другие процедуры, может быть запрещено есть и пить после полуночи или за определенное количество часов. Очень важно измерять и записывать количество потребляемой за день пищи и выпиваемой жидкости.

5.2. 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. Ваш подопечный должен потреблять достаточно жидкости, чтобы восполнить ее ежедневную потерю через выделения - мочу, пот, стул и испарения при дыхании. 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.

6. Массаж

Массаж пожилым людям делают, в основном, в положении сидя. Выполняют легкие поглаживания воротниковой зоны, т.е. от волосистой части головы вниз по шее к плечам. Можно гладить и легко растирать руки, начиная от пальцев вверх до плечевых суставов. Допустимы легкие потряхивания. Исключаются разминания и ударные приемы. Можно массировать пальцы ног, стопы и слегка ноги до колен, а затем бедра - снизу вверх. Массаж рук и ног лучше выполнять в положении лежа на спине, полусидя.

7. Гимнастика

В процессе обычной жизнедеятельности каждый человек, даже тот, кто не занимается специальными физическими упражнениями, совершает множество движений: встает, садится, тянется, сжимает руки, ходит, наклоняется, поворачивает голову и т.д.

Все эти движения, представляющие собой биологические раздражители, очень важны для нормальной жизнедеятельности организма, стимулируют его

рост, развитие и формирование. Хорошо известен факт, что чем менее подвижный образ жизни ведет человек, тем больше вероятность развития у него различных недугов. Больной человек в силу своего заболевания часто обречен на малоподвижный образ жизни. В самых тяжелых случаях - это полная прикованность к постели. Отсутствие активных движений у таких больных приводит к развитию множества самостоятельных осложнений, ухудшающих течение основного заболевания и часто дополнительно приводящих к инвалидности или даже смерти больного. Достаточно сказать, что развитие пролежней у лежачего больного может привести сначала к развитию сепсиса (заражения крови), а в последующем, к фатальному исходу. В связи с этим необходимо вне зависимости от тяжести основного заболевания разработать с лечащим врачом комплекс физических упражнений для больного и неуклонно его исполнять. Это позволит больному по мере выздоровления от основного заболевания полноценно использовать сохраненное гимнастикой тело.

7.1. Основные принципы гимнастики для больного человека

- Можно делать только те упражнения, против которых не возражает лечащий врач.
- Перед началом физических упражнений больному надо рассказать и показать, какие упражнения будут делаться.
- Нагрузка должна определяться врачом и быть равномерной, постоянной, постепенно нарастающей от самой незначительной до большой.
- Упражнения надо делать медленно и плавно.
- В гимнастике должны быть задействованы все не пораженные болезнью части тела.
- Упражнения не должны вызывать резкую боль.
- Надо внимательно следить за тем, как больной реагирует на те или иные упражнения.
- Надо прекращать упражнения, если вы видите, что больной устал, плохо себя чувствует, не хочет продолжать упражнения.
- Упражнения могут быть либо активными (их производит сам больной человек), либо пассивными (упражнения за больного выполняет ухаживающий).
- Гимнастика может сопровождаться легким массажем.

7.2. Комплекс лечебной физкультуры для лежачих больных

Все упражнения выполняются в исходном положении, лежа на спине в кровати:

1. Спокойный вдох, несколько удлиненный выдох 5-6 раз. После каждого выдоха пауза 2-3 секунды.
2. Пальцы рук сжать в кулаки с силой и затем разжать, расслабить 6-7 раз.
3. Сгибание и разгибание в голеностопных суставах 6-8 раз в медленном или среднем темпе.

4. Стопы потянуть на себя, пальцы сжать в кулак с напряжением и затем расслабить 4-6 раз. Ноги в коленях не сгибать.
5. Поднять правую руку вверх - вдох, опустить - выдох, то же левой: 2-3 раза каждой рукой.
6. Исходное положение - руки согнуты в локтевых суставах, предплечья и кисти перпендикулярны к поверхности постели. Одновременное сгибание одной руки, касаясь кистью плеча, и разгибание другой, касаясь кистью постели, 5-8 раз. Темп средний.
7. Исходное положение - руки на бедрах. Сгибание ноги в коленном суставе, не отрывая стопы от постели, 4 -5 раз каждой ногой.
8. Исходное положение - ладонь правой руки на груди, левой - на животе. Глубокое дыхание 5-6 раз. Темп медленный.
9. Исходное положение - ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Опираясь на затылок, шею, плечи, стопы и держась руками за края кровати, приподнять таз 3-4 раза. Темп медленный.
10. Исходное положение - руки к плечам. Круговые движения в плечевых суставах 3-4 раза.
11. Ноги согнуты и соединены, стопы стоят на постели — небольшое покачивание коленей вправо и влево по 6-7 раз.
12. Прогнуться в грудной клетке, стремясь соединить лопатки, вдох, расслабить мышцы, выдох 5-6 раз.
13. Исходное положение - руки на бедрах, ноги на ширине плеч, носки на себя. Повернуть стопы вовнутрь, затем - наружу, сначала каждой ногой отдельно, затем двумя ногами одновременно 5-6 раз по 6-8 движений. Темп медленный.
14. Поочередное отведение прямых ног в стороны. По 4-5 раз каждой ногой. Темп медленный.
15. Исходное положение - руки перед грудью. Поочередное отведение рук с одновременным поворотом головы в ту же сторону, вдох, и исходное положение - выдох, 5-6 раз.
16. Круговые движения в голеностопных суставах, поочередно правой и левой ногой, 8-10 раз.
17. Правой рукой гладить живот по часовой стрелке, а левой быстро хлопать по бедру; затем поменять положение рук (упражнение на координацию).

8. Общение

Поведение больного - это часть заболевания. И когда он совершает те или иные действия, как кажется, «наперекор» Вам — это не так. Терпение, понимание и любовь помогут Вам справиться с возникающими трудностями. Общение может способствовать выздоровлению или улучшению состояния больного, а может стать причиной ухудшения состояния или даже смерти больного.

8.1. Умение слушать

Нет ничего важнее умения слушать своего собеседника. Слушайте больного внимательно, не перебивая. При необходимости делайте наводящие замечания:

"Вы чем-то опечалены сегодня", "Кажется, случилось что-то серьезное", "Вы, кажется, хотите сказать, что…" и т.п.

8.2. 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

8.3. Устное общение

Устное общение состоит из двух важных элементов: что Вы говорите и как Вы это говорите. Эффективное устное общение является таковым в том случае, если у Вас имеется полезная информация, Вы говорите отчетливо и четко излагаете свои мысли.

8.4. Письменное общение

В процессе ухода за больным Вы иногда пишете ему записки - напоминания. До того, как писать записку, убедитесь, сможет ли он ее прочитать, в т.ч. потому что он может плохо видеть из-за слабого зрения. Чтобы узнать, как хорошо умеет читать Ваш подопечный, и чтобы не ранить его самолюбия, поговорите об этом с ним или членами его семьи.

9. Досуг

В процессе нормальной жизнедеятельности человек занят множеством повседневных дел: профессиональной деятельностью, домашними делами, общением с людьми, сном, отдыхом, досугом. Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Досуг необходим людям для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

Организация досуга является одним из важных элементов реабилитации и ухода за больными, инвалидами и пожилыми, так как они не заняты в трудовой сфере деятельности в связи с болезнью.

Не все виды досуга и отдыха приемлемы для лежащих или больных с ограниченной подвижностью. Нужно помочь больному определиться в выборе формы досуга, внимательно изучить его интересы и наклонности, определить способы адаптации больного для облегчения его участия в проведении досуга и отдыха. Некоторые формы досуга могут помочь больному в восстановлении утраченных функций в результате болезни.

Например, составление картинок с использованием мозаики или пазлов способствует концентрации внимания, развивает внимание, память и мелкую моторику рук, что особенно важно при параличах верхних конечностей.

В качестве досуга для лежачего больного можно рекомендовать легкую ручную работу, например, вязание крючком или спицами, вышивание, рисование, написание писем (если больной к этому способен).

Часто единственным и доступным для больного является чтение, что оказывает лечебное воздействие на психику больного.

Просмотр телепередач или слушание радио, особенно музыкальных программ, также можно использовать в качестве досуга.

Просмотр старых фотографий и воспоминания о прожитой жизни создают доброжелательный микроклимат вокруг больного человека, позволяют рассказать о лучших периодах его жизни.

Разведение и уход за комнатными растениями является наиболее распространенным и приятным видом досуга для больных, которые не могут выходить из дома.

Мелкие домашние животные, например, птицы или кошки, могут скрасить жизнь тяжелобольного человека.

Встречи с родственниками, друзьями, разговоры по телефону являются основными занятиями для больных с ограниченной подвижностью.

В качестве досуга можно использовать различные игры. Они помогают в освоении различных знаний и навыков. Игры способствуют развитию координации движений, прививают навыки, необходимые в быту. Для больных, находящихся дома, можно использовать настольные игры (шахматы, шашки), математические, компьютерные игры и др.

10. Собственная безопасность

Ухаживая за больным человеком, особенно важно обезопасить себя от физических перегрузок, травм, от инфекционного заболевания, которым болен наш подопечный. Для того, что бы 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.
- Проводить вакцинацию при уходе за инфекционным больным (при уходе за больным с инфекционным заболеванием, например, туберкулезом, полиомиелитом, дифтерией и др. необходимо сделать профилактические прививки).

11. Домашняя аптечка

11.1. Правила содержания домашней аптечки:

- Держите аптечку в недоступном для детей и психически больных месте.
- При использовании лекарств, находящихся в домашней аптечке, необходимо убедиться в том, что на всех коробочках есть этикетки. Лекарства без этикеток, таблетки без упаковок, таблетки из облаток без надписей использовать нельзя!
- Проверяйте срок годности. Удаляйте из аптечки все просроченные препараты. Все настойки, микстуры и другие жидкие лекарственные формы сомнительного вида необходимо удалить.
- Хранить лекарственные препараты надо в соответствии с теми требованиями, которые написаны в инструкции к каждому препарату.
- Убедитесь, что больной принимает только те лекарства, которые назначил ему врач.
- При назначении врачом лекарственной терапии, информируйте его о назначениях, сделанных другими специалистами. Это важно для того, чтобы предусмотреть возможность развития осложнений при одновременном назначении несовместимых препаратов.

11.2. Признаки негодности лекарств:

- Пластырь должен быть чистым, эластичным, хорошо приклеиваться.
- Драже и таблетки не должны иметь трещин, царапин, пятен.
- Мази не должны быть засохшими, должны легко выдавливаться из тюбика, храниться в закрытых тюбиках, выдавленные полоской - не расслаиваться.
- Жидкие лекарства нельзя применять, если они частично разлились, испарились, содержат осадок в виде хлопьев.

11.3. Правила дачи лекарств

Чтобы правильно давать больному назначенные врачом лекарства, соблюдайте следующие правила:

- Внимательно прочитайте инструкцию к назначенному врачом препарату, особенно обращая внимание на меры предосторожности, предупреждения, способы применения, побочные действия, взаимодействия с другими лекарственными препаратами, условия хранения.
- Посмотрите противопоказания к применению препарата; если Вам покажется, что врач, назначив данный препарат, не учел противопоказания у конкретного

больного, спросите его об этом прямо, но не с вызовом: возможно, что доктор что-то забыл или имеет свою точку зрения на лечение конкретного больного.

- Проверьте соответствие названия лекарства, которое Вы даете, назначенному врачом (фирменное название препарата может не соответствовать международному).
- Убедитесь в соответствии дозы лекарства в таблетке, капсуле, чайной ложке, свече и т.п. дозе, назначенной врачом (лекарства могут выпускаться в разной дозировке и поэтому недопустимо пользоваться такими понятиями как "по одной таблетке").
- Узнайте время приема конкретных лекарств (натощак или после еды).
- Узнайте способы приема конкретных лекарств (чем запивать, каким количеством, с чем нельзя сочетать прием данного лекарства).
- Проверьте срок годности лекарств.
- Прочитайте в инструкции к лекарству признаки побочных эффектов, следите за больным, чтобы вовремя заметить их появление и сообщить об этом врачу.

По материалам сайта http://www.meduhod.ru