



**Государственное автономное учреждение
города Москвы
«Институт переподготовки и повышения
квалификации руководящих кадров и
специалистов системы социальной защиты
населения города Москвы»**



**ПОРТФЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА
«ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ КЛИЕНТАМ ОРГАНИЗАЦИИ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ»**

Москва, 2014

УДК 614+364

ББК 51+65.27

П-60

Редакционный совет:

Холостова Е.И. - д-р ист. наук, профессор, директор ИПК ДСЗН г. Москвы;

Мкртумова И.В. - д-р социол. наук, профессор, зам. директора по научно-аналитической работе ИПК ДСЗН г. Москвы.

Рецензенты:

Шкурко М.А. - д-р мед. наук, профессор, директор ПВТ № 17;

Мишин А.В. - канд. мед. наук, директор ПНИ № 30.

Портфель социального работника «Оказание социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания»: сборник методических материалов / Под ред. Н.В. Лебедевой, канд. психол. наук. - М.: ИПК ДСЗН, 2014. — 46 с.

В настоящем издании представлены методические материалы по оказанию социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания, составленные в соответствии с профессиональным стандартом «Социальный работник» (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. № 677н).

Материалы предназначены для социальных работников и специалистов по социальной работе учреждений социального обслуживания.

Институт переподготовки и повышения квалификации
руководящих кадров и специалистов
системы социальной защиты населения города Москвы, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.....	6
ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КЛИЕНТАМ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.....	9
ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	12
ОСТЕРОПОРОЗ И ВОЗРАСТ.....	17
ВКУС У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	18
ОБОНЯНИЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	18
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	19
ЗРЕНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	19
СЛУХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	21
ТАКТИЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	22
ПАМЯТЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	23
СОН У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	24
ДИАБЕТ.....	26
ОБЩЕНИЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ.....	29
ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.....	31
РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.....	33
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ.....	35
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ.....	36
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ.....	40
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ, ТРАВМЕ ГОЛОВЫ И ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА.....	41
УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ.....	42
СОДЕЙСТВИЕ В ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) считает необходимым для удовлетворения основных здравоохранительных потребностей населения, содействовать адекватному развитию служб социально-медицинской помощи. При этом важны как интеграция их деятельности, обеспечение доступности и качества обслуживания, так и соответствующее ресурсное обеспечение. Все это требует нового подхода к подготовке и процессу обучения кадров социально-медицинских служб, охраны здоровья, расширению их знаний в области охраны здоровья, социальных и поведенческих наук, а также более широкому знакомству с реальными потребностями и интересами пожилых людей.

Медико-социальная помощь стала рассматриваться как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья людей пожилого возраста.

В России в условиях углубления социальных проблем, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Из потребностей практики возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов социально - медицинской помощи как комплекса социальных услуг. В этой связи в 90-е годы в нашей стране, как качественно новое направление социальной работы стала развиваться медико-социальная работа защиты населения и, в частности, лиц пожилого возраста.

Прогрессирующее старение населения ставит перед государством серьезную задачу: гарантировать достойную жизнь людям преклонного возраста. Старые люди имеют право на обеспечение своих потребностей в долговременном уходе и лечении на дому, а также удовлетворение социальных и духовных запросов.

В наши дни, когда в людях стало меньше доброты и сострадания, когда родные люди стали мало уделять внимания своим близким, социально-медицинская помощь стала играть очень важную роль в обслуживании пожилых людей.

Различные социально – медицинские проблемы выявляются не менее чем у 60 % пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями. Все это свидетельствует о том, что резко возрастает потребность в адекватных и эффективных мерах, направленных на оказание социально – медицинской помощи людям пожилого возраста для поддержания их социального, психологического и физического статуса.

От того не случайно, а вполне естественно, что среди разновидностей социальной работы предусматриваются медицинские услуги. Причем речь идет не

о манипуляциях и оперативных вмешательствах, речь идет о координационной работе, позволяющей охватить необеспеченных и оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья; т.е. речь идет о социально – медицинских услугах населению на дому. Эта форма социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением.

Многие пожилые люди потеряли или не смогли создать свои семьи, но и у тех, у кого есть дети, нередко складываются с ними психологически сложные взаимоотношения. Как показывает опыт, и подтверждают литературные данные, наличие родственников не всегда определяет качество ухода за престарелыми людьми. Это требует больших усилий от медицинских и социальных служб по организации ухода и обслуживания данной возрастной категории населения, с тем, чтобы поддержать как можно дольше физическое и психическое здоровье пожилых. Мероприятия, проводимые государством по улучшению положения населения пожилого возраста, являются составной частью всей социальной политики.

Старость – самый тяжелый период жизни человека. Процесс старения почти неизбежно связан с постоянным увеличением у человека различных заболеваний, в том числе и присущим только в пожилом возрасте. Наблюдается постоянный рост числа пожилых людей, тяжело больных, нуждающихся в длительном медикаментозном лечении, опеке и уходе. Причем характерным является сочетание нескольких болезней, имеющих хронический характер с атипичным течением, частыми обострениями патологического процесса, плохо поддающихся лечению и с длительным периодом восстановления.

Определенная часть пожилых людей нуждаются в реабилитационных мероприятиях. Цель реабилитации - сохранение, поддержание, восстановление функционирования пожилых, стремление к достижению их независимости, улучшение качества жизни и эмоциональное благополучие.

При работе с пожилыми предлагаются следующие правила:

- 1) Предоставить клиенту возможность индивидуальных занятий;
- 2) Совместно с клиентом определить краткосрочные и реально достижимые для него цели реабилитационных мероприятий;
- 3) При беседе необходимо говорить медленно, четко выговаривая слова. Использовать краткие конкретные предложения;
- 4) Давать клиенту ясные инструкции и просить его повторить их;
- 5) Иногда клиенту нужно продемонстрировать ту или иную процедуру, чтобы он смог ее воспроизвести;
- 6) Адаптировать общение к изменениям органов чувств:

- не кричать, говорить в более низкой тональности;
- слуховые аппараты должны быть в рабочем состоянии;
- устранять побочные шумы и другие отвлекающие факторы;
- обеспечить необходимое освещение;
- использовать крупный шрифт при распечатке материалов;
- содержать в чистоте очки;

7) Учитывать эмоциональное состояние клиента, его представление о своем заболевании;

8) Учитывать потребности пожилого человека;

9) Проявлять к клиенту сочувствие, терпение при обучении его навыкам;

10) Поощрять клиента, самостоятельно выполнять задания по освоению навыков;

11) Говорить клиенту о его способности и удачах при обучении, не заострять внимания на его недостатках.

Таким образом, все более важное место в деятельности социальных служб занимает обучение профессионалов, выполняющих программы оказания социальных услуг населению старших возрастов. Все еще бытующее среди социальных работников мнение, что им достаточно житейского опыта и собственных наблюдений за своими бабушками и дедушками, не выдерживает критики. Для социальных работников необходимо, прежде всего, понимание множества психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пожилых и старых людей, овладение методиками и технологиями, которые помогли бы и облегчили их усилия в повседневной практической работе и общении с обслуживаемыми группами населения. В связи с этим первостепенной задачей на данном этапе является расширение подготовки специалистов по практической социальной работе со старыми людьми. Нередко больные хроническими заболеваниями не нуждаются в активном лечении и повседневном врачебном наблюдении, они лучше чувствуют себя в привычной и домашней обстановке, им необходим прежде всего уход, создание благоприятных бытовых условий, соблюдение гигиены.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

Официально понятие профессионального стандарта введено в Трудовой кодекс РФ и статью 1 Федерального закона «О техническом регулировании» Федеральным законом № 236-ФЗ от 03.12.2012 г. «О внесении изменений в Трудовой кодекс РФ».

Статья 195.1 ТК РФ:

Квалификация работника - уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника;

Профессиональный стандарт (ПС) - характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности.

Практическое применение профессионального стандарта.

Для работодателя – формулировка требований к работникам;

Для работника – оценка соответствия имеющихся у него компетенций требованиям рынка труда и конкретного работодателя.

Кроме того, что наличие разработанных ПС позволит сформировать принципиально новый классификатор профессий для конкретного вида экономической деятельности/области профессиональной деятельности, в процессе разработки ПС у работников и работодателей происходит обновление и уточнение содержания трудовой деятельности.

ПС позволяют контролировать профессионализм работников, поддерживать и улучшать стандарты качества в определенной области деятельности.

Поскольку ПС является тем профессиональным минимумом, которому должны соответствовать все работники и руководители отрасли, он может быть использован в качестве основы для создания стандартов предприятия и должностных обязанностей. При этом возможно расширение или уточнение функций работников с учетом особенностей организации производства, труда и управления, а также прав и ответственности работников на предприятии.

ПС является основой для определения профессионального уровня и совершенствования профессиональных компетенций работников и их сертификации.

Термины и определения, используемые в целях профессионального стандарта.

Область профессиональной деятельности – совокупность видов трудовой деятельности, имеющая общую интеграционную основу и предполагающая схожий набор компетенций для их выполнения. Корреспондируется с одним или несколькими видами экономической деятельности;

Вид профессиональной (трудовой) деятельности – совокупность обобщенных трудовых функций, имеющих близкий характер, результаты и условия труда;

Обобщенная трудовая функция - совокупность связанных между собой трудовых функций, сложившаяся в результате разделения труда в конкретном производственном или (бизнес) процессе;

Трудовая функция- система трудовых действий в рамках обобщенной трудовой функции, представляющая собой интегрированный и относительно автономный набор трудовых действий, определяемых бизнес-процессом и предполагающий наличие необходимых компетенций для их выполнения;

Трудовое действие - процесс взаимодействия работника с предметом труда, при котором достигается определенная задача;

Единица ПС – структурный элемент ПС, содержащий развернутую характеристику конкретной трудовой функции, которая является целостной, завершенной, относительно автономной и значимой для данного вида трудовой деятельности.

Приказ Минтруда России от 18 ноября 2013 г. № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник»

В соответствии с пунктом 22 Правил разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 года № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293), приказываю:

1. Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Социальный работник»;
2. Установить, что профессиональный стандарт «Социальный работник» применяется работодателями при формировании кадровой политики и в управлении персоналом, при организации обучения и аттестации работников, заключении трудовых договоров, разработке должностных инструкций и установлении систем оплаты труда с 1 января 2015года.

Основная цель вида профессиональной деятельности: предоставление гражданину, признанному находящимся в трудной жизненной ситуации, частично или полностью утратившему способность к самообслуживанию, социального обслуживания в целях нормализации условий жизнедеятельности и (или) повышения степени самостоятельного удовлетворения основных жизненных потребностей.

Профессиональный стандарт является ключевым механизмом саморегулирования рынка труда. Он представляет собой многофункциональный нормативный документ, устанавливающий в рамках конкретного вида (области) профессиональной деятельности требования:

- к содержанию и качеству труда;
- к условиям осуществления трудовой деятельности;
- к уровню квалификации работника;
- к практическому опыту, профессиональному образованию и обучению, необходимому для соответствия данной квалификации.

ПС состоит из структурных единиц, каждая из которых относится к определенному квалификационному уровню и содержит описание:

- необходимых знаний и умений;
- уровня ответственности и самостоятельности;
- уровня сложности выполняемой трудовой функции;
- общий уход;
- создание позитивного психологического климата;
- гигиеническое содержание помещения;
- гигиена клиента;
- санитарно-гигиеническое состояние постели, белья, одежды;
- организация питания;
- контроль физиологических отпавлений;
- контроль за выполнением медицинских процедур и врачебных назначений;
- динамическое наблюдение за состоянием клиента.

**Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт
(функциональная карта вида профессиональной деятельности)**

1.	Оказание социально-бытовых услуг клиентам организации социального обслуживания
2.	Оказание социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания
3.	Оказание социально-психологических услуг клиентам организации социального обслуживания
4.	Оказание социально-правовых услуг клиентам организации социального обслуживания
5.	Оказание социально-экономических услуг клиентам организации социального обслуживания

Характеристика обобщенных трудовых функций

Требования к образованию и обучению	к и	Среднее профессиональное образование – программы подготовки рабочих, служащих, либо среднее общее образование и профессиональная подготовка (стажировка) на рабочем месте; Прохождение учебного курса по оказанию первой помощи до оказания медицинской помощи.
Требования к опыту практической работы		-
Особые условия допуска к работе		К работе не допускаются лица, имеющие или имевшие судимость за преступления, состав и виды которых установлены законодательством Российской Федерации; Прохождение медицинских осмотров в установленном законодательством порядке.

Необходимые знания:

- Основы законодательства федерального и регионального уровня, основные положения нормативных правовых актов в сфере социального обслуживания

населения, включая административные регламенты, национальные и государственные стандарты социального обслуживания населения;

- Элементарные правила приготовления пищи;
- Организация и принципы ведения домашнего хозяйства;
- Правила ухода за престарелыми и инвалидами в домашних условиях;
- Основы психологии лиц старшего возраста и инвалидов;
- Правила оказания доврачебной помощи;
- Правила выполнения медицинских процедур по назначению врача;
- Основы этики в социальной работе (кодекс профессиональной этики).

Другие характеристики:

- Обеспечение конфиденциальности полученных в результате деятельности сведений о клиенте;
- Соблюдение требований этического кодекса социального работника.

ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КЛИЕНТАМ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Рассматриваются на основании норм федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», вступающего в силу с 1 января 2015 года. Федеральный закон (442-ФЗ) устанавливает:

- 1) правовые, организационные и экономические основы социального обслуживания граждан в Российской Федерации;
- 2) права и обязанности поставщиков социальных услуг.

Оказание социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания:

1.	Содействие в оказании клиенту медицинской помощи (сопровождение клиента в медицинские организации, взаимодействие с лечащим врачом клиента, доставка анализов и др.)
2.	Содействие в прохождении медико-социальной экспертизы (сопровождение в бюро медико-социальной экспертизы)
3.	Содействие в обеспечении клиента по заключению врачей лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения (приобретение за счет средств клиента либо по льготному рецепту и доставка на дом, в том числе в составе мобильных бригад социального обслуживания)
4.	Содействие в проведении реабилитационных мероприятий, в том числе на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)
5.	Содействие в предоставлении реабилитационных услуг, в обеспечении

	техническими средствами реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия
6.	Наблюдение за состоянием здоровья клиента, измерение температуры, артериального давления
7.	Оказание при необходимости первой помощи до оказания медицинской помощи, вызов на дом врача либо скорой медицинской помощи
8.	Оказание помощи в оформлении документов для госпитализации клиента, сопровождение клиента в стационарные медицинские учреждения для госпитализации и посещение его в этих учреждениях
9.	Содействие в выполнении медицинских процедур по назначению врача (вызов соответствующего специалиста для выполнения медицинских процедур, накладывание горчичников, компрессов, закапывание капель), наблюдение за своевременным приемом лекарственных препаратов, назначенных врачом
10.	Содействие поддержанию личной гигиены, при необходимости выполнение санитарно-гигиенических процедуры (обтирание, обмывание больного, вынос судна, мытье лежащего больного в ванне полностью, мытье головы, стрижка ногтей, стрижка волос, бритье, смена постельного и нательного белья, кормление ослабленных больных)
11.	Содействие в консультировании родственников клиента и приобретении ими практических навыков ухода за престарелыми и инвалидами

Необходимые умения:



- Измерять температуру тела, артериальное давление
- Оказывать первую помощь до оказания медицинской помощи;
- Выполнять медицинские процедуры по назначению врача (накладывать компресс и горчичники, закапывать капли);
- Выполнять санитарно-гигиенические процедуры.

Перспектива развития социального обслуживания должна быть нацелена на повышение качества и расширения спектра услуг, в частности в области профилактики и социально-медицинского обеспечения: на создание условий в обществе, чтобы пожилые люди как можно дольше сохраняли социальный статус, оставались активными и полезными членами общества

Пожилые люди, сохранившие частичную способность к самообслуживанию и проживанию в благоприятных жилищных условиях, неохотно переселяются в государственные учреждения, где они постепенно утрачивают связи с привычным окружением. Проживая дома, они нуждаются в помощи и периодических услугах. Поэтому, учитывая множественный характер хронических заболеваний у людей

пожилого возраста, затяжной период выздоровления, особенности проведения реабилитационных мероприятий, включающих в себя медицинский, психологический и профессиональный аспекты, требуют от социального работника умение оказать социально-медицинской помощи на дому.

Незнание специфики социально-медицинского обслуживания на дому ухудшает качество обслуживания людей пожилого возраста, поэтому определение специфики позволит максимально улучшить и продлить проживание людей пожилого возраста в привычной для них домашней среде проживания. Социально – медицинское обслуживание на дому позволит более эффективно организовать социальную помощь, направленную на восстановление утраченных физических способностей пожилых людей.

Согласно данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1963), возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой, 75 лет и старше – старые люди, возраст 90 лет и старше – долгожители. ВОЗ в 1982 г. выбрала возраст 65 лет как индикатор пожилого возраста. Возраст старше трудоспособного, согласно классификации ООН, - свыше 65, а в России – 60 лет.

В России в конце XX века, в период между переписями (1989 – 2002 годах.) число людей в возрасте 60 лет и старше увеличилось более чем на четыре миллиона человек. К 2025 г. пожилые и старые люди составят более четверти в общей численности населения России.

Для пожилых людей серьезными социальными проблемами становятся:

- поддержание приемлемого материального уровня жизни, особенно в условиях инфляции;
- получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки;
- изменение образа жизни и адаптация к новым условиям;
- осознание естественности процесса старения, снижения физической активности, возможности активного передвижения.

Чтобы эффективно оказывать социальную помощь пожилому человеку, необходимо знать его индивидуально-психологические особенности и потребности, с которыми необходимо считаться как социальным работникам, так и родственникам, ухаживающим за ними.

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

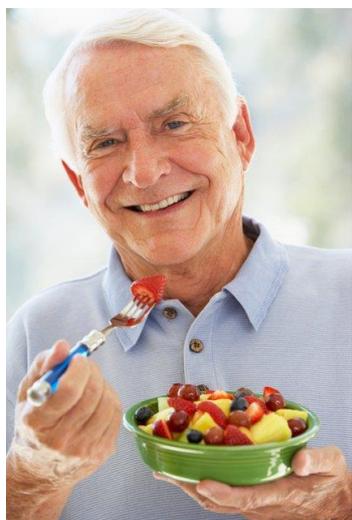
Прогрессирующее старение населения ставит перед государством серьезную задачу: гарантировать достойную жизнь людям преклонного возраста. Старые люди имеют право на обеспечение своих потребностей в долговременном уходе и лечении на дому, а также удовлетворение социальных и духовных запросов.

В наши дни, когда в людях стало меньше доброты и сострадания, когда родные люди стали мало уделять внимания своим близким, социально-

медицинская помощь стала играть очень важную роль в обслуживании пожилых людей.

В сочетании социально – медицинские проблемы выявляются не менее чем у 60 % пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями. Все это свидетельствует о том, что резко возрастает потребность в адекватных и эффективных мерах, направленных на оказание социально – медицинской помощи людям пожилого возраста для поддержания их социального, психологического и физического статуса.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ



В настоящее время интенсивно идут исследования механизмов долголетия и старения, разгадка которых даст возможность проникнуть в эту чрезвычайно важную тайну жизни. Старение в какой-то мере является синонимом слова «разрушение». Оно изменяет деятельность клеток, органов, систем, всего организма, ограничивает приспособительные способности человека. В процессе старения, и в первую очередь преждевременного, важную роль играет как общее снижение уровня обменных процессов, так и дисбаланс отдельных видов обмена.

Темпы старения у разных людей неодинаковы. Они связаны с адаптивными возможностями человека. Если организм стареет медленно, значит, в нем своевременно происходит необходимая перестройка, а при ее нарушении наблюдается преждевременная старость. Годы, зафиксированные паспортом, — это и есть календарный возраст.

А вот особенность выглядеть старше или моложе чаще всего соответствует биологическому возрасту, который более точно, чем календарный, отмечает постарение, возрастные изменения в организме и связанное с ними состояние здоровья. Органы у одного и того же человека стареют по-разному. У человека в 40 лет сердцу можно дать все 50, печени — 55, а мозгу еще больше.

Анализ истории жизни долгожителей показывает, что ключом их долгой жизни была активная деятельность. Возможно, некоторые из них унаследовали и гены долголетия. Другими важными факторами являются окружающая среда и образ жизни, которые приобретают все большее значение в качестве причины возникновения заболеваний.

К «факторам риска», ведущим к развитию артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, атеросклерозу сосудов сердца и мозга, диабету, ожирению, раковым заболеваниям, помимо нервно-эмоционального напряжения, снижения двигательной активности, курения и злоупотребления алкоголем относится и нарушение рационального правильного питания.

Согласно современным представлениям о механизмах старения, долголетие обусловлено комплексным влиянием генетических и средовых воздействий. Среди последних важное место принадлежит рациональному питанию людей в пожилом возрасте, роль которого велика как в увеличении продолжительности жизни, так и в профилактике многочисленной патологии старости. Есть научное мнение, что правильное рациональное питание — практически единственное средство, продлевающее жизнь человека на 25—40%.

Анализ смертельных исходов в США показал, что 70% из них обусловлено нарушением питания. Имеются определенные доказательства положительного влияния здорового питания на увеличение продолжительности жизни населения. Так, ограничение калорийности пищи в пределах физиологической потребности организма способно задерживать наступление старческих изменений и удлинять срок жизни человека. Нейробиолог Научно-исследовательского центра имени Эймса штата Калифорния Джейм Мигуэл ещё в 1984 г., на основе экспериментов, проведенных на мышах и крысах, а также после неоднократных обследований космонавтов пришел к заключению, что во время длительных космических полетов космонавты будут стареть на 10—15% медленнее, чем на Земле. Это связано с тем, что на Земле треть калорий, потребляемых с пищей, расходуется на компенсацию силы тяжести. Также ученый указывает, что, чем меньше пищи употребляет организм, тем меньше скорость метаболизма и, соответственно, больше продолжительность жизни. Многолетние исследования английских ученых также показали, что некоторые физиологические и биохимические процессы, наблюдаемые при старении, отдалаются или предупреждаются ограничением употребления пищи. Максимальная противораковая защита организма тоже достигается снижением калорий и белков в рационе.

В пожилом, и тем более в старческом, возрасте менее активно протекает обмен веществ, замедляются окислительно-восстановительные реакции в тканях, пищевые вещества хуже усваиваются и менее интенсивно расщепляются до конечных продуктов обмена. У пожилых, как правило, снижена двигательная активность, следовательно, энергетическую ценность рациона необходимо тоже снижать, иначе человек будет полнеть, а значит, стареть.

Однако, сокращая калорийность пищи, необходимо следить, чтобы пища удовлетворяла физиологическую потребность организма в энергии и пищевых веществах. В первую очередь "это надо учитывать тем, кто увлечен различными диетами, предлагающими ограничить калорийность рациона до 1000 ккал (4000 кДж) в сутки, что ниже питания узников Дахау и жителей блокадного Ленинграда. Необходимо знать, что при длительном питании с резким ограничением белков (20 г), жиров (30 г), углеводов (100 г) и калорийности у значительной части лиц неизбежно возникновение дистрофических нарушений, такое питание может отрицательно сказаться на здоровье человека.

В соответствии со сформулированными научными принципами питания в пожилом возрасте, целесообразно постепенно, десятилетиями, снижать калорийность пищи. Так, если калорийность суточного рациона человека в возрасте 20—30 лет принять за 100%, то в возрасте 31—40 лет ее необходимо снизить до 97%, в 41—50 — до 94, в 51—60 лет — до 86, в 61—70 — до 79, в 70 лет и более — до 69%.

Энергетическая ценность питания в зависимости от возраста и пола (ккал).

Возраст, лет	Мужчины	Женщины
18-29	4300-2800	3150-2400
30-39	4100-2700	3050—2300
40-59	3900-2550	2900-2200
60-74 и старше	2300 2000	2100 1900

Правила питания людей пожилого и старческого возраста:

В настоящее время гипокалорийную и ограниченную по объему диету рассматривают как один из эффективных методов борьбы с процессом преждевременного старения. Для лиц пожилого и старческого возраста наиболее рационально 4-х разовое питание. Рекомендуемая калорийность пищи составляет 1900-2000 ккал для женщин старше 60 лет и 2000-3000 ккал для мужчин того же возраста. Калорийность первого завтрака должна составлять 25% суточного рациона, второго – 15%, обеда 40-45% и ужина (не позже, чем за 2 часа до сна) – 15-20%. В пищевом рационе пожилого человека нужно снизить дозу потребляемых жиров и углеводов. Калорийность пищевого рациона следует ограничивать за счет снижения потребления высококалорийных продуктов: безусловному ограничению подлежат сахар и другие сладкие продукты, соль, жир и жирные продукты. Рафинированный сахар целесообразно заменить медом, который быстро всасывается в ЖКТ, обладает мягким седативным эффектом, действует послабляюще и предупреждает запоры. Следует ограничить потребление продуктов, содержащих пуриновые основания, щавелевую кислоту и холестерин, обеспечив достаточное количество овощей и фруктов, содержащих соли калия, магния, микроэлементы и органические кислоты.

Послабляющий эффект: следует рекомендовать за 1 час до еды утром выпивать 1 стакан сока, отвара шиповника или просто кипяченой воды комнатной температуры, на ночь – стакан кефира.

Антиатеросклеротическая направленность питания может быть достигнута снижением общей калорийности пищи и включением в нее продуктов, нормализующих липидный обмен. Рекомендуется увеличить долю растительных жиров (до 2 столовых ложек подсолнечного, оливкового или кукурузного масла). Содержащиеся в них биологически активные вещества в совокупности оказывают благоприятное воздействие на обмен холестерина. Кроме того, растительные масла обладают хорошим желчегонным действием и послабляющим эффектом.

В качестве источника витаминов, микроэлементов и активного противоатеросклеротического средства рекомендуют включение в диету морской капусты. Больным можно рекомендовать приобретать в аптеках порошок морской капусты (ламинарии сахаристой). Свежей ламинарией питаются жители Японии, Приморья, побережья Белого моря, и у них зарегистрирована значительно меньшая частота случаев развития заболеваний сердца и сосудов.

Растительная клетчатка. Общее количество растительной клетчатки для лиц пожилого возраста должно составлять 25-30 г/сутки. Волокнистые вещества пищи (сложные углеводы, содержащие клетчатку, пектиновые вещества и др.) обладают

высокой способностью адсорбировать пищевые и токсические вещества и улучшать бактериальное содержимое кишечника. Активация моторной деятельности кишечника, нормализация стула под влиянием пищевых волокон выступают реальной мерой профилактики дивертикулеза и злокачественных образований.

Витамины: особое значение в поддержании гомеостаза стареющего организма имеют витамины. Латентный (скрытый) гиповитаминоз, развивающийся вследствие свойственных возрасту обменных нарушений, проявляется обычно у пожилых людей при сахарном диабете, полиурии, частом жидком стуле, во время инфекционных заболеваний. Полноценный режим питания, включающий зерновые культуры и фрукты в свежем виде, позволяет обогатить рацион витаминами. Но даже в летний и осенний сезоны пожилым людям желательно дополнительно принимать витаминные препараты.

Минеральные вещества: с возрастом в организме происходит накопление одних минеральных веществ при снижении других. Например, соотношение калия и натрия в пользу увеличения последнего способствует задержке жидкости, отрицательному влиянию на функции сердечно-сосудистой и выделительной систем. Пожилые люди особенно чувствительны к недостатку солей калия, и у них быстро развивается гипокалиемия, особенно на фоне терапии мочегонными препаратами. К клиническим проявлениям гипокалиемии относят нарушение сердечного ритма, ослабление мышечного тонуса, повышенную чувствительность к холоду, судороги мышц (особенно мышц ног по ночам), снижение концентрационной функции почек и кислотности мочи. Идеальными продуктами, в которых низкое содержание натрия сочетается с высоким содержанием калия, выступают овощи (картофель, и др.), фрукты (бананы, апельсины, и др.), сухофрукты (чернослив, урюк, изюм, курага). Поваренную соль необходимо ограничить до 5-8 г в сутки.

С возрастом у людей нередко отмечают отложение солей в одних тканях на фоне снижения содержания минеральных веществ и интенсивности их обмена в других – например, стареющий организм способен накапливать кальций в стенках сосудов, хотя дефицит кальция выступает одной из причин старческого остеопороза. Нормативное поступление в организм кальция для пожилых людей аналогично таковому в среднем возрасте (800-1000 мг/сут.). Источники легкоусвояемого кальция - молоко, кисломолочные продукты, сыр.

Кулинарная обработка: в старческом возрасте могут происходить изменения в жевательном аппарате, отсюда возникают требования к выбору продуктов и способам кулинарной обработки. Легче подвергаются действию пищеварительных ферментов мясо в рубленном виде, рыба, творог. Из овощей предпочтительнее свекла, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста, помидоры, картофель (в виде пюре). Пища не должна быть слишком горячей или холодной. Из специй и приправ рекомендуют преимущественно небольшое количество чеснока и хрена.

Рекомендации по питанию в пожилом возрасте

1.	Блюда из мяса, птицы и рыбы	разнообразные, нежирных сортов, преимущественно в отварном или запеченном виде
2.	Блюда из яиц и сладости	Ограниченно – два-три раза в неделю
3.	Напитки	Некрепкий чай или кофе с молоком, свежие фруктовые, овощные и ягодные соки, желательны с мякотью, отвары шиповника, компоты, кисели, морсы; Квас и газированные напитки — ограниченно; Алкогольные напитки исключаются.

№	Название продукта	Рекомендовано	Ограниченно
1.	Хлеб и хлебобулочные изделия	Хлеб пшеничный и ржаной, желательны вчерашней выпечки	Сдобное тесто
2.	Овощи	Капустные, луковые, корнеплодные, клубнеплодные, тыквенные, томатные, пряные, десертные, бобовые и зерновые в сыром и вареном виде	Редис, шпинат, щавель
3.	Фрукты и ягоды	Семечковые, косточковые	Субтропические и тропические ягоды
4.	Супы	Вегетарианские и овощные (щи, свекольники, борщи), фруктовые, крупяные	Два-три раза в неделю-нежирные мясные и рыбные бульоны
5.	Блюда из круп и овощей	Пшеничная, пшеничная, гречневая, кукурузная, овсяная, манная, перловая и другие каши, запеканки и пудинги	Макаронные изделия, рис и бобовые
6.	Молоко и молочные продукты	Все виды, особенно кисломолочные — кефир, простокваша, ацидофилин, ряженка и др. Творог средней жирности и из обезжиренного молока	Сметана и сливки
7.	Пряности	Перец душистый, лавровый лист, чабер, базилик, мята, эстрагон, гвоздика, корень петрушки, сельдерея и кинзы	
8.	Зелень	Петрушка, сельдерея, укроп, кинза, зеленый лук, чеснок и др.	
9.	Поваренная соль	6—8 г в сутки	

10.	Соусы	молочные, на овощном отваре, фруктовые
11.	Закуски:	Нежирные колбасы, неострые сыры, малосоленые сорта сельди, продукты моря. Широко рекомендуются всевозможные овощные салаты и винегреты
12.	Жиры	Различные растительные масла, лучше нерафинированные. Сливочное масло — ограничено, не более 20—30 г в сутки. Животные жиры (бараний, свиной, говяжий) ограничено. Маргарин допускается в небольшом количестве

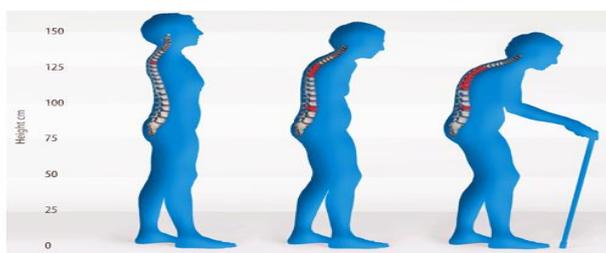
При составлении рационов по калорийности следует учитывать индивидуальные особенности процессов обмена веществ у лиц пожилого и старческого возраста, объем их физической и умственной деятельности и состояние здоровья. Соотношение между основными пищевыми веществами должно отвечать физиологическим требованиям.

Питание людей пожилого возраста, должно способствовать улучшению течения обменных процессов и поддержанию нормального состояния организма, предупреждать преждевременную старость и увеличивать продолжительность жизни.

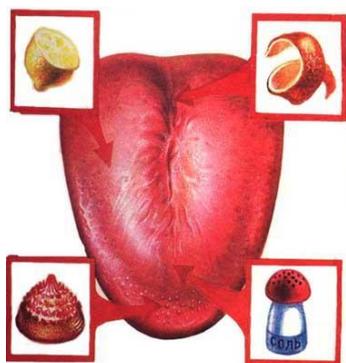
ОСТЕОПОРОЗ И ВОЗРАСТ

Остеопороз - (от остео...и греч. póros— отверстие, пора), разрежение губчатого и кортикального слоев кости вследствие частичного рассасывания костного вещества.

Потеря костной ткани с возрастом является универсальным феноменом, как у женщин, так и у мужчин; после 40 лет утрачивается 1% костной ткани в год.



ВКУС У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



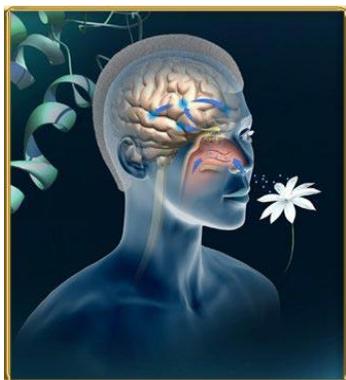
У пожилых людей значительно ухудшается способность ощущать вкус пищи из-за возрастного уменьшения количества вкусовых рецепторов - клеток, воспринимающих вкус пищи. К 70 годам таких клеток остается меньше половины. Пожилые люди плохо ощущают сладкое, кислое, горькое, часто переслащивают еду. Дополнительно 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.

Важно следить за состоянием полости рта, обязательно чистить зубные протезы, прополаскивать рот перед и после еды, очищать поверхность языка от налетов.

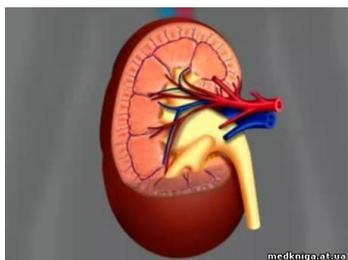
ОБОНЯНИЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



С возрастом обоняние также ухудшается. Пожилые люди плохо ощущают и различают запахи. Отсутствие обоняния делает еду безвкусной, что приводит к потере аппетита.

Другая серьезная проблема, обусловленная нарушением обоняния - возможность отравления испорченными продуктами, газом, выходящим из открытой конфорки на кухне. Не почувствовав запах дыма при возгорании, пожилой человек может не заметить вовремя пожар.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



С возрастом уменьшается количество нефронов - рабочих клеток почек. 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 её 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 ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА



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. Поэтому при общении с ними, входя в комнату или подходя сбоку, следует как-то привлечь внимание, чтобы не напугать. Не подходите к человеку с плохим зрением против света. Заранее постучите в дверь или дайте знать, что

Вы рядом, например, поздоровайтесь так громко, чтобы он Вас услышал и ответил Вам или дал знак, что Вас услышал. Однако не начинайте разговор громко и резко, находясь рядом с пожилым.

Если больной носит очки, то необходимо следить за тем, чтобы линзы очков были чистыми, не поцарапанными (особенно легко портятся пластиковые линзы, если очки часто кладут на твердые поверхности линзами вниз). Очки должны быть правильно подобраны. Важно периодически консультировать пожилых людей у

окулиста, поскольку снижение зрения может происходить достаточно быстро. Очки должны быть всегда рядом с пациентом. В комнате необходимо обеспечить хорошее освещение. Опасно находится в полумраке. Днем надо открывать занавески на окне, вечером вовремя включать светильники.

Без нужды не переставляйте предметы в комнате, не известив об этом пожилого человека, иначе он, не очень хорошо разглядев их на новом месте, по привычке пойдет обычным своим маршрутом и споткнется или ударится. Поменяв обычное место стакана с ложечками на обеденном столе, Вы обрекаете больного к бесплодному поиску ложки во время чаепития, что ему будет очень неприятно, особенно, если он понимает, что все на него смотрят. При появлении в комнате новых людей или предметов надо описывать их больному, чтобы он имел возможность представить их себе. Например, "сегодня солнечный день, я открыла дверь на балкон". "Я принесла вам красные гвоздики. Они стоят на журнальном столе в вашей любимой вазе". Комментируйте свои последующие действия: "Нам надо принять лекарства. Я сейчас принесу стакан с водой". "Время обедать. На первое у нас - грибной суп. К нему есть сметана". Расположение предметов на столе удобно объяснять, пользуясь сравнением с часовым циферблатом: сахарница стоит на 12 часах, хлебница с белым хлебом - на 3 часах, стакан с чаем - перед Вами, на 6 часах. При совместных передвижениях держите Вашего спутника за руку, лучше всего за предплечье. Рассказывайте ему о том, что встретится вам на пути: "Сейчас мы сойдем с тротуара" или "Сейчас мы начнем подъем по лестнице на второй этаж".

Во время еды перед пожилым человеком не должно быть много предметов. Полезно использовать световые контрасты для лучшего разглядывания предметов, например, на светлом столе поместите темную нескользящую подставку, на ней - темную тарелку и ложку. В таком цветовом сочетании Ваш пациент все хорошо увидит.

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 из окна в комнату, где он находится.

При входе с улицы в подъезд или в транспорт пожилой человек делается крайне уязвимым. Он плохо различает недостаточно освещенные предметы, например, ступеньки лестницы, на которые падает тень. Желательно, чтобы в таких опасных местах, как лестницы, коридоры, парадные, были установлены дополнительные светильники. Ступени лестницы или их края, пороги (если нет возможности их убрать совсем!) должны быть выкрашены в контрастные (светлые) тона. Выключателей в таких местах необходимо иметь вдвое больше, чем обычно, чтобы была возможность включать свет в начале своего пути и гасить его в конце.

СЛУХ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА



Старческая тугоухость - хроническая прогрессирующая тугоухость, развивающаяся на фоне возрастного инволюционного процесса в различных структурах слуховой системы (Цваардемакер, 1893 год).

Если 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.

При разговоре убедитесь, что аппарат работает и включен. Ваш собеседник сможет лучше Вас понять, если будет ориентироваться на мимику лица, движения губ. Поэтому при разговоре лучше сидеть так, чтобы ваши лица находились на одном уровне. Нельзя, чтобы собеседник смотрел на Вас против света. Говорить надо не громко (!), но и не тихо, ясно, внятно, несколько медленно, но не утрируя и не подчеркивая отдельные слоги (не скандируя!), сопровождая речь живой мимикой и небольшим количеством выразительных жестов.

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. Говорите короткими фразами, небольшими смысловыми блоками, заканчивая каждый из них, убедитесь, что собеседник услышал Вас правильно. В особо важных случаях попросите повторить смысл сказанных Вами слов. Если подопечный Вас не понял, повторите, используя другие слова, но ни в коем случае не повышайте голоса, не кричите, не раздражайтесь и не торопитесь.

Пожилые люди с расстройством слуха лучше воспринимают низкие тона и хуже - высокие; плохо слышат высокие женские и писклявые детские голоса. Людям с нарушенным слухом очень мешает фоновый шум, например, когда одновременно говорят несколько людей, или, когда Вы разговариваете в комнате, где работает телевизор. В таком случае плохо слышащий человек может думать, что говорящие при нем другие люди шепчутся, говорят о нем что-то такое, чего он сам не должен знать. Если они при этом смеются, то он считает, что они смеются над ним. Если человек плохо слышит на одно ухо, то необходимо говорить, располагаясь со стороны другого уха. Если обстановка не позволяет создать такие условия, чтобы Ваш собеседник хорошо Вас слышал - напишите ему необходимую информацию на бумаге.

Будьте доброжелательны к собеседнику, прилагайте усилия к тому, чтобы наладить хороший контакт, иначе, почувствовав Ваше раздражение, он замкнется в себе.

Ухудшение слуха может быть связано с появлением пробок из ушной серы, поэтому, если Вы заметили, что слух больного ухудшился, надо обязательно провести медицинское исследование слухового канала. При наличии серной пробки ее обычно вымывают с помощью шприца и теплого раствора фурацилина. Эту процедуру осуществляет врач-отоларинголог. Для лучшего эффекта процедуры необходимо в течение 3 дней до этого закапывать на ночь в ухо по 1 капле теплого вазелинового масла. Закапывание масла можно применять и как средство профилактики серных пробок, сочетая его с чисткой уха ватной турундой или специальными ушными палочками. Делать эту процедуру надо ловко, так как сера может забиться в глубь слухового прохода, к барабанной перепонке, и осторожно, потому что поверхность стенки ушного канала легко травмируется. При ухудшении слуха надо проверить, не забились ли сера в отверстие слухового аппарата, и если да, то его тоже необходимо прочистить.

ТАКТИЛЬНАЯ (ОСЯЗАТЕЛЬНАЯ) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА



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.

Нарушение подошвенной чувствительности приводит к тому, что пожилой человек плохо ощущает характер поверхности, на которую ступает его нога. Это создает дополнительную возможность падения. Ботинки должны быть подобраны точно по ноге (очень опасна разношенная обувь).

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, свою востребованность, неоставленность в этом мире.

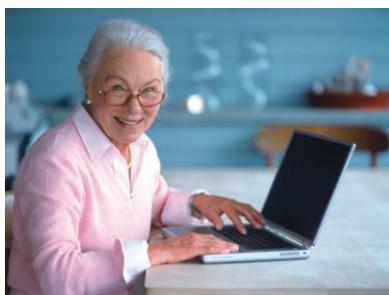
Не отрывайте своей руки, когда подходя к постели пожилого человека увидите, как он вдруг, не дожидаясь Вашей помощи, сам схватиться за Вашу руку и буквально уцепиться за неё!

Болевая чувствительность

У людей старшего возраста замедленная реакция на воздействие температуры. Это может привести к тому, что, прикоснувшись к горячей кастрюле, сковородке или открытому огню, пожилой человек не сразу отдернет руку, а через некоторое время, достаточное для развития серьезного ожога.

При мытье в ванной, пробуя на ощупь температуру воды, он не всегда в состоянии правильно ее определить и, погрузившись в очень горячую воду, может получить ожоги. Поэтому важно измерять температуру воды в ванной не на ощупь, а с помощью водяного термометра.

ПАМЯТЬ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА



У старческой памяти тоже есть свои особенности. Помимо общего снижения способности запоминать, характерно нарушение памяти на недавно прошедшие события, а также намерения и действия, связанные с текущей жизнью.

Пожилые с трудом запоминают даты, имена, номера телефонов, назначенные встречи. Они быстро забывают увиденное по телевизору или прочитанное, не могут вспомнить, куда положили ту или иную вещь. В таких случаях нужно приучать их делать записи, класть все вещи на одни и те же места, ни в коем случае не менять установившегося порядка или месторасположения предметов! Это относится и к тем, кто ухаживает за пожилыми.

Убираясь в комнате, раскладывая вещи на столе или в шкафу, наводя порядок в кухне, нельзя забывать о том, что все, что Вы сделали, может быть воспринято пожилым как катастрофа.

Пожилые люди с трудом ориентируются в новой обстановке, плохо запоминают расположения 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.

Можно помочь такому пациенту выделить в новой для него информации самое главное, значимое для него и не перегружать его память маловажной информацией. Памятуя о том, что пожилые люди для лучшего запоминания часто логически структурируют материал, необходимо передавать им информацию в заранее структурированном виде.

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. На столе нужно иметь список необходимых дел, например, на сегодняшний день или на ближайшее будущее.

Полезно, чтобы пациент имел перед собой план последовательности выполнения определенных действий. Например, для того чтобы принять душ, нужно:

- приготовить свежее белье и полотенце;
- постелить резиновый коврик в ванну;
- приготовить купальный халат;
- расположить удобно мыло и мочалку и т. д.

Необходимо, особенно в первое время, контролировать выполнение врачебных назначений и инструкций социального работника.

Нужно помнить о том, что в одних случаях пожилой человек действительно не может что-то запомнить, хотя и хочет, а в других - просто не хочет запоминать, потому что, например, ленится, или апатичен, или находится в депрессии. Он также может считать, "с подачи" родственников, медиков или по собственному разумению, что нарушение памяти у него связано с возрастными особенностями, развивается фатально и не поддается коррекции. Поэтому важно знать, существуют ли у пожилого человека побудительные мотивы к запоминанию.

На фоне потери памяти на текущие события у стариков сохраняется и даже "оживляется" память на "дела давно минувших дней". Считается, что "уход в прошлое" и воспоминания, связанные с периодом социальной активности и значимости, повышают самооценку пожилого человека, позволяют ему отвлечься от осознания грустной действительности, с которой он не хочет согласиться и которую он не хочет осмысливать. Возможно, что пожилой человек часто не готов к решению таких глобальных вопросов бытия, как смысл прожитой жизни и осознание того, что и в каком виде его ожидает после смерти.

СОН У ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА



Лицам старшего возраста требуется больше времени, чтобы заснуть и достичь стадии глубокого сна, который приносит отдохновение. Увеличивается период поверхностного сна, не дающего отдыха. При такой структуре сна могут быть жалобы типа: "всю ночь не сомкнул глаз". 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.

Однако нельзя забывать, что сонливость, усталость и апатия могут быть связаны не только с нарушением сна, но и с психическими расстройствами.

Способствуют нарушению сна и другие факторы: стресс, заботы, депрессия, нарушение режима дня, длительный постельный режим, обезвоживание, факторы окружающей среды.

Можно порекомендовать пожилому человеку прием лекарственных трав (например, отвар пустырника по 10-15 мл за 40 минут до отхода ко сну), 10-20 капель «Валокордина», стакан теплого молока с растворенным в нем медом (1 ст. ложка).

Для улучшения сна надо соблюдать простые правила:

- всегда ложиться спать в установленное время;
- в кровати находиться только во время сна;
- после случайного пробуждения не оставлять постель более чем на 20 минут;
- ограничить или полностью отказаться от возбуждающих напитков особенно во второй половине дня;
- сократить прием жидкости на ночь;
- увеличить дневную активность (упражнения, прогулки, игры, занятия);
- ограничить бесконтрольный прием снотворных;
- организовать покой во время ночного сна, (телефон, будильник, голоса);
- употреблять теплое питье на ночь;
- обеспечить удобный матрац;
- перед сном проветрить помещение;
- принять теплую ванную или душ.

ДИАБЕТ



Сахарный диабет- это заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и характеризующееся нарушением обмена углеводов с повышением количества глюкозы в крови и моче, а также другими нарушениями.

Классификация диабета

Несахарный диабет	Заболевание обусловлено абсолютной или относительной недостаточностью антидиуретического гормона (вазопрессина) и характеризуется повышением мочеиспускания (полиурия) и появлением жажды (полидипсия)
Сахарный диабет	Хроническое заболевание, для которого характерно нарушение метаболизма в первую очередь углеводов (а именно глюкозы), а также жиров. В меньшей степени белков

1 тип (ИЗСД): инсулинозависимый

Данный тип диабета связан с дефицитом инсулина, поэтому он называется инсулинозависимым (ИЗСД). Поврежденная поджелудочная железа не может справляться со своими обязанностями: она либо вообще не вырабатывает инсулин, либо вырабатывает его в таких скудных количествах, что он не может переработать даже минимальный объем поступающей глюкозы, в результате чего возникает повышение уровня глюкозы в крови. Больные могут иметь любой возраст, но чаще им до 30 лет, они обычно худые и, как правило, отмечают внезапное появление признаков и симптомов. Людям с данным типом диабета приходится дополнительно вводить инсулин для предотвращения кетоацидоза (повышенное содержание кетоновых тел в моче) и для поддержания жизни.

2 тип (ИНСД): инсулиннезависимый

Данный тип диабета называется инсулиннезависимым (ИНСД), так как при нем вырабатывается достаточное количество инсулина, иногда даже в больших количествах, но он может быть совершенно бесполезен, потому что ткани теряют к нему чувствительность.

Этот диагноз ставится больным обычно старше 30 лет. Они тучные и с относительно не многими классическими симптомами. У них нет склонности к кетоацидозу, за исключением периодов стресса. Они не зависимы от экзогенного инсулина. Для лечения используются таблетированные препараты, снижающие резистентность (устойчивость) клеток к инсулину или препараты, стимулирующие поджелудочную железу к секреции инсулина.

Причины сахарного диабета

Установлено, что диабет обусловлен генетическими дефектами, а также твердо установлено, что диабетом нельзя заразиться!!! Причины ИЗСД в том, что выработка инсулина снижается или вовсе прекращается вследствие гибели бета-клеток под действием ряда факторов.

Основное значение имеет наследственная предрасположенность! Считается, что если диабетом болели ваши отец или мать, то вероятность того, что вы тоже заболите, около 30%. Если же болели оба родителя, то – 60%.

Следующая по значимости причина диабета – ожирение, являющееся наиболее характерным для пациентов с ИНСД (2 тип). Если человек знает о своей наследственной предрасположенности к данному заболеванию. То ему необходимо строго следить за своей массой тела в целях снижения риска возникновения заболевания. В то же время очевидно, что далеко не каждый, кто страдает ожирением даже в тяжелой форме, заболевает диабетом.

Некоторые заболевания поджелудочной железы, в результате которых происходит поражение бета-клеток. Провоцирующим фактором в этом случае может быть травма.

Нервный стресс, являющийся отягчающим фактором. Особенно необходимо избегать эмоционального перенапряжения и стрессов людям с наследственной предрасположенностью и избыточной массой тела.

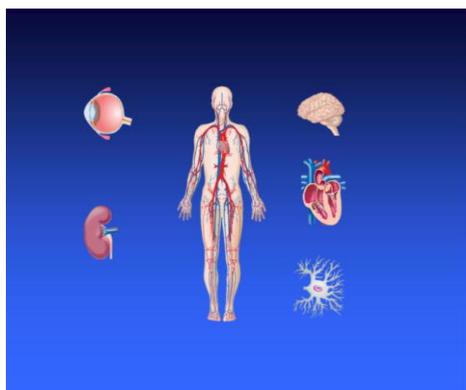
Вирусные инфекции (краснуха, ветряная оспа, эпидемический гепатит и другие заболевания, включая грипп), играющие пусковую роль в развитии заболевания для лиц с отягченной наследственностью.

К факторам риска можно также отнести возраст. Чем человек старше, тем больше оснований опасаться сахарного диабета. Наследственный фактор с возрастом перестает быть решающим. Наибольшую угрозу несет ожирение, которое в комплексе с пожилым возрастом, перенесенными заболеваниями, что как правило ослабляет иммунную систему, ведут к развитию преимущественно сахарного диабета 2 типа.

Многие считают, что диабет возникает у сладкоежек. Это в большей степени миф, но есть и доля истины, хотя бы только потому что от избыточного потребления сладко появляется лишний вес, а в дальнейшем и ожирение, что может быть толчком для сахарного диабета 2 типа.

В редких случаях к диабету приводят некоторые гормональные нарушения, иногда диабет вызывается поражением поджелудочной железы, наступившим после применения некоторых лекарственных препаратов или вследствие длительного злоупотребления алкоголем. Многие специалисты считают, что диабет первого типа может возникнуть при вирусном поражении бета-клеток поджелудочной железы, вырабатывающей инсулин. В ответ иммунная система вырабатывает антитела, названные инсулярными. Даже те причины, которые точно определены, не имеют абсолютного характера.

Точный диагноз можно установить на основании анализа содержания глюкозы в крови



Причины инвалидизации при сахарном диабете:

- ведущая причина терминальной почечной недостаточности;
- сердечно-сосудистые недостаточности;
- ведущая причина слепоты;
- ведущая причина нетравматических ампутаций нижних конечностей.

Три группы продуктов, рекомендуемые больным с сахарным диабетом 2 типа

1 группа: продукты, которые можно употреблять без ограничений	2 группа: продукты, которые необходимо ограничить по принципу "дели пополам"	3 группа: продукты, которые рекомендуется исключить
<ul style="list-style-type: none"> - помидоры - огурцы - капуста - перец - кабачки - баклажаны - свекла - морковь - зелень - шпинат - стручковая фасоль - редис, репа, редька - зеленый горошек - грибы - чай, кофе без сахара и - сливок - минеральная вода 	<ul style="list-style-type: none"> - нежирное мясо - нежирная рыба - нежирная вареная колбаса - молоко (жирность 1,5-2 %) - кефир (жирность 1 %) - творог (жирность 4 %) - нежирные сорта сыра - картофель - бобовые - хлеб и хлебобулочные - изделия - крупы - макаронные изделия - любые супы - фрукты - ягоды - яйца 	<ul style="list-style-type: none"> - растительное и сливочное масло - сало - майонез - маргарин - сливки - жирные сорта сыра - жирный творог - жирное мясо - жирная птица - копчености, колбасы - жирная рыба - консервы в масле - орехи, семечки - сахар, мед - конфеты, печенье - варенье, джемы - шоколад - мороженое - сладкие напитки, соки - виноград, бананы, хурма, финики - алкогольные напитки

ОБЩЕНИЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Биологи рассматривают старение как закономерный процесс, протекающий в течение постнатальной жизни организма и сопровождающийся столь же закономерными изменениями на биохимическом, клеточном, тканевом, физиологическом и системных уровнях



Особенности общения с пожилыми людьми:

- понять и принять;
- уважение независимости;
- индивидуальный подход;
- чёткая внятная речь;
- внимание и заинтересованность;
- терпение;
- повышение самооценки;
- не напоминайте о старости;
- поддержка продуктивных начинаний и самостоятельности;
- визиты в заранее обозначенное время;
- советуйтесь;
- дарите подарки;

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

Внимание стариков легко отвлекается внешними причинами, и тогда они теряют нить разговора, часто забывают, о чем только что шла речь. Поэтому важно при общении создать такие условия, чтобы ничто не отвлекало их от разговора. Плохо воспринимается быстрая речь с короткими промежутками между словами. Надо говорить достаточно медленно, с перерывами между словами. Нельзя "проглатывать" окончания слов и говорить "взахлеб". Выражение лица должно быть приветливым и доброжелательным. Пожилые люди с трудом участвуют в

групповой беседе, если одновременно говорят несколько человек, они плохо понимают смысл происходящих разговоров, не сразу включаются в разговор, отвечают на заданный вопрос, поэтому, когда медики или социальные работники им что-то говорят и советуют, они не могут сразу запомнить данные рекомендации и назначения и от этого начинают волноваться, раздражаться и, в результате, еще хуже понимают и запоминают.

Характерны попытки избегать ситуаций, требующих напряженного мышления, подменять интеллектуальные усилия различными двигательными приемами - покачиванием головы, почесыванием в затылке, растягиванием речи. Если пожилой человек говорит с Вами с раздражением, ни в коем случае не отвечайте ему тем же. В тяжелом разговоре не думайте, что грубая правда - это хорошо. Отвечайте мягко, постарайтесь отвести разговор от темы, вызывающей у пожилого человека раздражение или неприятное чувство.

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.

Пожилые плохо адаптируются к изменениям внешних условий, не в состоянии запомнить распорядок дня, расположение помещений, распоряжения врачей и сестер, их имена. От этого замыкаются, уходят в себя.

В больнице важно психологически поддержать пожилого человека, не оставлять его одного, чаще напоминать ему, что его не оставят в беспомощном положении, показывать и объяснять, где в отделении находится туалет, столовая и др.

Пожилые люди нуждаются в поощрении своих действий. Желательно чаще подтверждать правильность их действий и поощрять успехи. "Вы сегодня увереннее двигаетесь с тростью!", "Как Вы хорошо сегодня сели на кровати!", "Вам эта кофта очень к лицу!" и т.д.

Расспросы пожилых людей об их прошлом очень благотворно действуют на них. Попросите рассказать пожилого человека о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Очень хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека. Однако пожилые люди должны чувствовать Вашу действительную заинтересованность в рассказываемых событиях, Ваше желание пережить то, что когда-то он пережил и перечувствовал. Если он не поверит Вашей заинтересованности, то, скорее всего, замкнется в себе, и Вы надолго потеряете его доверие.

Пожилые люди охотно играют в игры, в том числе простые, в какие мы все играли в детстве: мозаики, лото, домино, пазлы. Если им организовать рабочее место, они охотно шьют, плетут, вяжут, вырезают, рисуют и т. д. Очень любят играть вместе, друг с другом, общаться с животными, собирать цветы, плести венки. Большое оживление в жизнь пожилых людей, особенно тех, кто много времени вынужден проводить в постели или кресле, вносят прогулки на кресле

каталке, пешие - с помощью ходунков или в сопровождении попутчика - по коридорам больницы или дома-интерната, а лучше по улице, во дворе или в саду.

Таким образом, правильную организацию ухода за пожилыми людьми невозможно переоценить

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

Основные распространенные состояния, требующие первой помощи	
<ul style="list-style-type: none">- потеря сознания;- гипертонический криз;- инсульт;- инфаркт миокарда;- «острый живот»;- внезапная смерть;- вывихи и переломы;- электро-травма;- инородное тело.	<ul style="list-style-type: none">- ожоги;- кровотечения;- судороги;- отравления, передозировка;- отморожения;- солнечный и тепловой удар;- утопления.



Основная цель первой помощи оказание помощи человеку, получившему травму или страдающему от внезапного приступа заболевания, до момента прибытия квалифицированной медицинской помощи.

Правильно оказанная первая помощь сокращает время специального лечения, способствует быстрейшему заживлению ран и часто является решающим моментом при спасении жизни пострадавшего. Первая помощь должна оказываться сразу же, на месте происшествия, или до транспортировки пострадавшего в больницу, быстро и умело, еще до прихода врача.

Доврачебная помощь - простейшие мероприятия, необходимые для сохранения здоровья и спасения жизни человека, перенесшего внезапное заболевание или травму.

Спасение пострадавшего в большинстве случаев зависит от того, насколько быстро и правильно будет оказана первая помощь.

Сущность первой помощи заключается в прекращении воздействия травмирующих факторов, проведении простейших медицинских мероприятий и в обеспечении скорейшей транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение.

Общие положения

Помощь, оказанная не специалистом, должна быть только помощью, проведенной ДО врача, а не ВМЕСТО врача.

Алгоритм действий



ПУЛЬС определяется на шее, где проходит самая крупная - сонная - артерия, либо же в паховой области, где расположена бедренная артерия. Средний показатель пульса для человека составляет около 60-80 ударов в минуту и зависит от многих факторов. Пульс зависит от:

1. Пола. Известно, что у мужчин пульс ниже, чем у женщин.
2. Возраста. У детей, пульс гораздо выше, чем у взрослых
3. Состояния тренированности. У человека, активно занимающегося спортом, пульс в состоянии покоя является меньшим, чем у нетренированного человека.
4. Роста. Чем выше человек, тем реже у него пульс.
5. Времени суток. Ранним утром и поздним вечером наблюдаются самые низкие показатели пульса. Наиболее высокие показания пульс достигает в вечерние часы.

РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Реанимационные мероприятия - комплекс мер направленных на восстановление кровообращения и дыхания

Сердечная реанимация начинается с нанесения удара в «область сердца»

1 Прикрыть двумя пальцами мечевидный отросток
При ударе по мечевидному отростку он может отломиться от грудной кости и травмировать печень.

2 Нанести удар кулаком
выше своих пальцев, прикрывающих мечевидный отросток.

3 После удара проверить пульс на сонной артерии

Прикрыть мечевидный отросток грудины для нанесения удара.
Ударить ребром сжатый в кулак ладони выше собственных пальцев.
При этом локоть наносящей удар руки должен быть направлен вдоль пострадавшего.

Место удара обозначено пунктирной линией.

Искусственное дыхание «рот в рот»

Встать сбоку от головы пострадавшего, одну руку подsunуть под шею, а ладонью другой руки надавить на лоб, максимально запрокидывая голову;



Наклониться к лицу пострадавшего, сделать глубокий вдох открытым ртом, полностью плотно охватить губами открытый рот пострадавшего и сделать энергичный выдох (одновременно закрыв нос пострадавшего щекой или пальцами руки);

Вдувание воздуха можно производить через марлю, платок, специальное приспособление "воздуховод" и т.п.

На каждые 2 глубоких вдувания воздуха производить 15 надавливаний на грудину (при оказании помощи одним человеком);

При участии в реанимации двух человек проводить соотношение "дыхание - массаж" как 1:5 (т.е. после глубокого вдувания проводить пять надавливаний на грудную клетку);

При проведении реанимации одним человеком через каждые 2 минуты прерывать массаж сердца на 2 - 3 с и проверять пульс на сонной артерии пострадавшего;

При появлении пульса прекратить наружный массаж сердца и продолжать искусственное дыхание до появления самостоятельного дыхания.

Признаки смерти

Сомнительные: пострадавший не дышит; сердцебиение не определяется; отсутствует реакция на укол иглой участка кожи; реакция зрачков на сильный свет отрицательная (зрачок не суживается).

Явные: помутнение роговицы и ее высыхание; при сдавливании глаза с боков пальцами зрачок суживается и напоминает кошачий глаз; трупное окоченение (начинается с головы через 1 - 4 часа после смерти); охлаждение тела; трупные пятна (возникающие в результате стекания крови в нижерасположенные части тела).

Обморок

Синкопе (греч. *synkopè* — обрубание, сокращение) - внезапная непродолжительная потеря сознания вследствие. Является наиболее легкой формой острой сосудистой недостаточности.

Причины обморока

В основе обморока лежит кислородное голодание мозга. Потере сознания часто предшествуют приступы дурноты, слабости, тошноты. Больной падает или медленно опускается на землю. Лицо у него бледнеет, зрачки становятся узкими, однако реакция на свет сохраняется живая (при поднесении источника света к глазам зрачки сужаются). Артериальное давление снижено, пульс слабого наполнения

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

При открытом переломе - остановить кровотечение, обработать рану, наложить повязку; Обеспечить иммобилизацию сломанной кости стандартными шинами или подручными материалами (фанера, доски, палки);

При переломе конечности накладывать шины, фиксируя два сустава - выше и ниже места перелома;

К месту перелома приложить «холод».

При переломе (вывихе) ключицы положить в подмышечную впадину (на стороне травмы) небольшой кусочек ваты и прибинтовать к туловищу руку, согнутую под прямым углом;

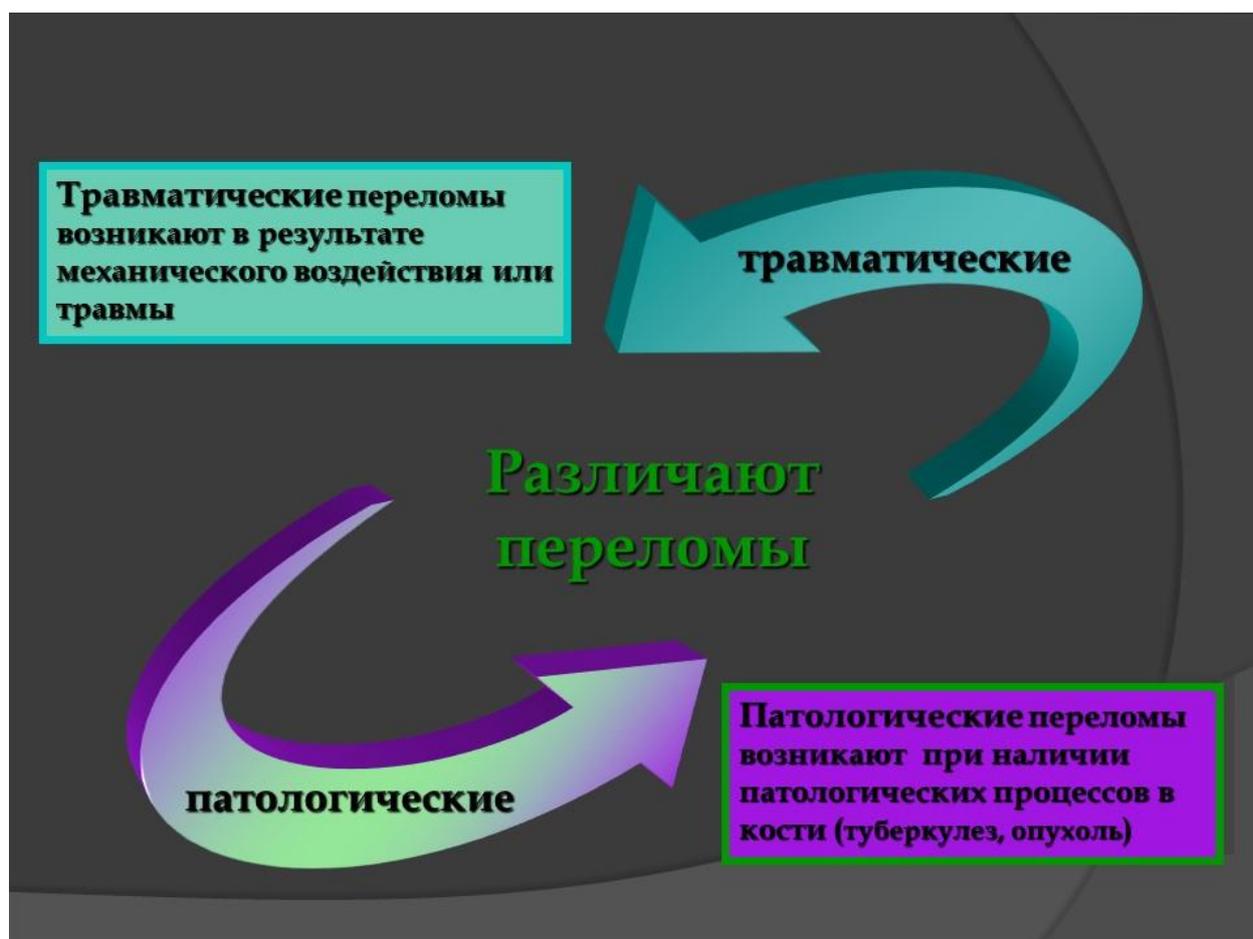
При переломах (вывихах) плеча или предплечья зафиксировать травмированную руку в физиологическом (согнутом в локтевом суставе под углом 90°) положении, вложив в ладонь плотный комок ваты или бинта, руку подвесить к шее на косынке.

Первая помощь при переломах

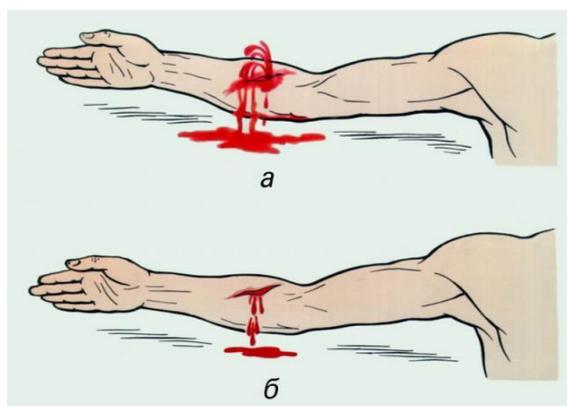
Запомни - не следует пытаться сопоставлять отломки кости, устранять изменение формы конечности (искривление) при закрытом переломе или вправлять вышедшую наружу кость при открытом переломе.

- ❖ При кровотечении следует принять меры к его остановке любым возможным способом
- ❖ При открытом переломе (перед иммобилизацией) кожу вокруг раны обработать любым антисептиком и наложить на рану стерильную повязку
- ❖ При возможности провести обезболивание
- ❖ Обеспечить надежную транспортную иммобилизацию
- ❖ На период транспортировки нужно укрыть пострадавшего
- ❖ Быстро доставить пострадавшего в лечебное учреждение
- ❖ Переносить пострадавшего с переломом можно только на небольшие расстояния и лучше на носилках





ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ



Артериальное - при повреждении артерии кровь имеет ярко-алый цвет и фонтанирует из раны. Учитывая, что артериальная кровь поступает от сердца к периферии, кровотечение можно остановить, пережимая поврежденный сосуд выше места повреждения

Помощь при артериальном кровотечении

Пальцевое прижатие. Для экстренной остановки кровотечения необходимо прижать артерию к кости пальцами либо, если это бедренная артерия, - кулаком. Однако долго удерживать пальцы с таким усилием Вам не удастся, поэтому пока Вы удерживаете артерию пальцами, кому-то

надо срочно найти резиновый артериальный жгут, марлевые салфетки и вату.

Наложение артериального жгута. На месте пальцевого прижатия необходимо наложить несколько туров артериального жгута, подложив под него марлевые салфетки и вату. О правильном наложении жгута свидетельствует прекращение кровотечения из раны (после первого же тура затянутого жгута) и отсутствие пульсации ниже места наложения жгута. Слабо наложенный жгут только усилит кровотечение

Жгут может быть наложен не больше, чем на 1 ч летом и на 30 мин зимой, поэтому под жгут необходимо вложить записку, где будет указано время наложения жгута

Венозное - если кровь темно-красного цвета и поступает из раны медленной либо слабо пульсирующей в такт дыханию струей, у Вашего пациента венозное кровотечение, которое представляет опасность для жизни больного как вследствие быстрой кровопотери. Венозное кровотечение возможно при разрыве кровеносных сосудов в слизистой оболочке носа или варикозных вен нижних конечностей. Носовые кровотечения, обусловленные принятием аспирина, повышением артериального давления, могут не прекращаться длительное время и требуют госпитализации больного. Первая помощь при любых венозных кровотечениях предусматривает наложение давящей повязки, холод и возвышенное положение.

Помощь при венозном кровотечении

Наложение давящей повязки и воздействие холодом. Давящая повязка накладывается ниже раны, поскольку венозная кровь поднимается от периферических сосудов к сердцу. Такая давящая повязка состоит из нескольких стерильных марлевых салфеток или не размотанного бинта, на которые накладывают жгут или эластичный бинт. О правильности наложения венозного жгута свидетельствует остановка кровотечения, но сохранение пульсации ниже места прижатия. Сверху бинта в проекции к источнику кровотечения хорошо наложить пузырь со льдом или грелку, наполненную холодной водой. Не забывайте, что через 30-40 мин холод необходимо убрать на 10 мин, чтобы восстановить общий кровоток в этой области. Если кровотечение происходит из конечности, ей следует придать возвышенное положение.

При носовом кровотечении крыло носа прижимают к его перегородке, хорошо предварительно ввести в носовой ход комочек ваты, смоченный 3 % перекисью водорода. На область переносицы или затылка прикладывают холод на 3-4 мин с перерывами в 3-4 мин до прекращения кровотечения. Голову запрокидывать не надо, потому что кровь будет стекать по задней стенке глотки.

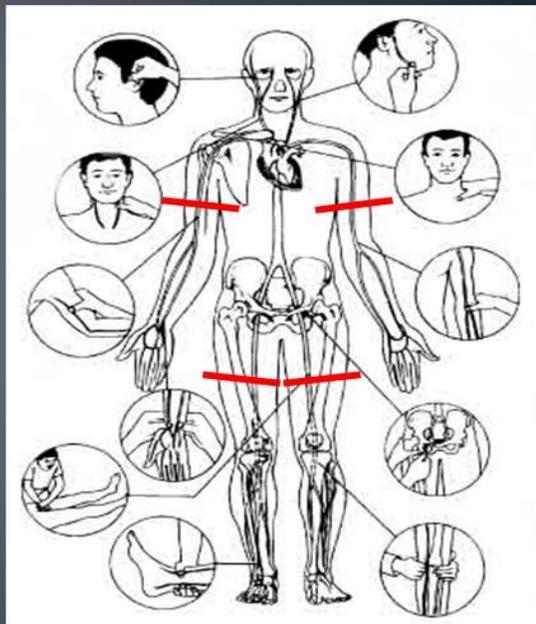
Капиллярное - медленное истечение крови со всей поверхности раны - показатель капиллярного кровотечения. При всей кажущейся безобидности такой раны, остановка такого кровотечения представляет большие трудности, если больной страдает плохой свертываемостью крови (гемофилией).

Помощь при капиллярном кровотечении

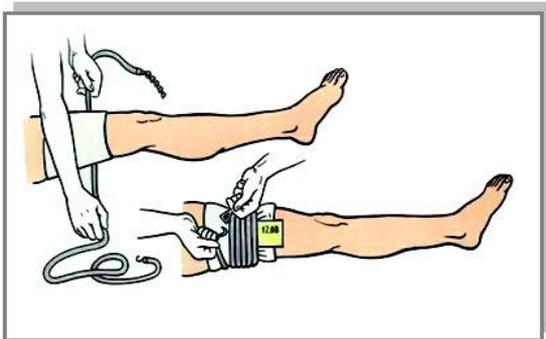
Наложение давящей повязки. Если в Вашей аптечке есть гемостатическая губка, ее следует наложить на рану, после чего сделать давящую повязку. Если такой губки нет, то на рану накладывают несколько слоев марлевых салфеток, которые фиксируют давящей повязкой. В любом случае, если рана находится на конечности, ей следует придать возвышенное положение и обеспечить покой и холод (пузырь со льдом).

Признаки артериального кровотечения:

При повреждении артерии кровь имеет **ярко-алый цвет** и **фонтанирует** из раны. Учитывая, что артериальная кровь поступает от сердца к периферии, кровотечение можно остановить, пережимая поврежденный сосуд выше места повреждения.



Техника наложения кровоостанавливающего жгута.



- для предупреждения ущемления кожи под жгут подложить одежду (или ткань)
- завести жгут за поврежденную конечность выше раны и растянуть с максимальным усилием
- прижать первый тур жгута и убедиться в отсутствии пульса на артерии, ниже наложенного жгута
- наложить следующие туры жгута с меньшим усилием
- жгут затягивать только до остановки кровотечения, далее затягивание прекратить
- обернуть петлю-застежку вокруг жгута
- оттянуть петлю и завести под свободный конец жгута
- под жгут положить записку с указанием времени его наложения

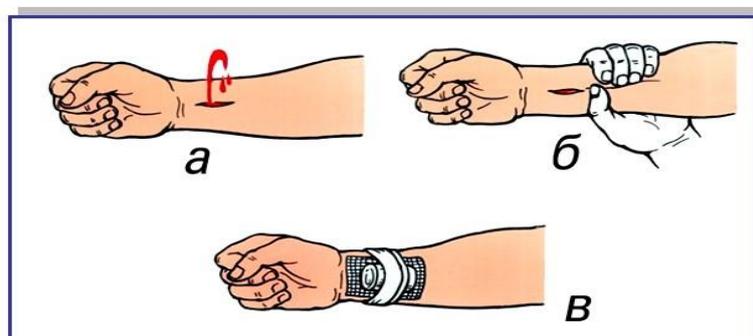
ЗАПОМНИ:

При правильно наложенном жгуте:

- ❑ кровотечение из раны прекращается
- ❑ исчезает пульс
- ❑ бледнеют кожные покровы ниже места его наложения



Прижатие кровоточащего сосуда в месте повреждения при помощи **давящей повязки**



А - кровотечение из раны

Б - прижатие кровоточащего сосуда

В - давящая повязка (поверх раны накладывают несколько слоев марли, плотный комок ваты и туго бинтуют)



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Помощь при ожогах:



Рис. помощь при хим. ожогах.

Первый Ваш шаг должен быть направлен на **прекращение повреждающего действия термического агента**. Горящую одежду надо либо сорвать, либо накинуть на нее одеяло. Затем Вы должны **срезать** (не снимать!) одежду и сбросить ее. Для быстрого охлаждения кожи при термических ожогах лучше всего **обливать ее холодной водой**. На ожоговые раны наложите сухие стерильные повязки и срочно госпитализируйте пациента.

Химические ожоги:

При попадании твердых частичек химических веществ на пораженные участки тела удалить их тампоном или ватой;

Промыть пораженное место холодной воды в течение 10 - 15 мин.;

При ожоге кожи кислотой делать примочки (повязку) с раствором пищевой соды (1 чайная ложка соды на стакан воды);

При ожоге кожи щелочью делать примочки (повязку) с раствором уксусной кислоты (1 чайная ложка на стакан воды);

При попадании жидкости или паров кислоты в глаза или полость рта промыть их большим количеством воды, а затем раствором пищевой соды (1/2 чайной ложки на стакан воды);

При попадании брызг или паров щелочи в глаза или полость рта промыть пораженные места большим количеством воды, а затем раствором борной кислоты (1/2 чайной ложки на стакан воды).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ, ТРАВМЕ ГОЛОВЫ И ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА

Первая помощь при обмороке:

1. Поддерживать голову больного;
2. Ввести в полость рта (между зубами) бинт, ложку и т.п.;
3. Освободить от одежды область шеи и груди;
4. Наложить на лоб холодный компресс;
5. После окончания припадка уложить больного в положение "на боку";
6. Срочно вызвать квалифицированную медицинскую помощь.

Первая помощь при травме головы:

1. Уложить пострадавшего на спину;
2. Зафиксировать голову с двух сторон мягкими валиками и наложить тугую повязку;
3. При наличии раны наложить стерильную повязку;
4. Положить "холод";
5. Обеспечить покой;
6. При рвоте (в бессознательном состоянии) повернуть голову пострадавшего набок.

Первая помощь при попадании инородного тела:

При попадании инородного тела (соринки) в глаз необходимо промыть глаз струей воды (из стакана при помощи ватки или марли), направляя последнюю от угла глаза (виска) к внутреннему углу глаза (к носу).

Первая помощь при отравлениях:

Промывание желудка. Независимо от природы химического или токсического вещества, его количества и времени попадания в организм, помощь следует начать с промывания желудка большим количеством (3-4 л) воды комнатной температуры до чистых промывных вод. Для этого Вы должны **попросить пациента выпить** за один прием как можно больше **тепловатой, чуть подсоленной воды и вызвать рвоту**, нажимая пальцами на корень языка. Такую манипуляция Вы должны повторить 2 - 3 раза, после чего дать пациенту 2 - 3 столовые ложки размятого активированного угля и слабительное. Если Вы знаете, что Ваш пациент отравился кислотой, ни в коем случае не надо пытаться нейтрализовать действие этих веществ щелочью (например, раствором соды) и наоборот. Бурно выделяющиеся газы могут вызвать разрыв в стенке желудка и содержимое изольется в брюшную полость.

Госпитализация в специализированный стационар.



УХОД ЗА БОЛЬНЫМ



Принципы ухода:

- подключиться к информационным каналам: интернет, литература, знакомые и родственники, имеющие опыт;
- наладить контакт с лечащим врачом и социальным работником;
- распределить обязанности среди родственников;
- составить список необходимых вещей, расходных материалов и медикаментов;
- сделать перестановку в комнате, убрав ненужную мебель;
- обеспечить всесторонний доступ к постели;
- снабдить кровать приспособлениями для туалета и поддержания личной гигиены, реабилитационными пособиями;
- оборудовать ванну и используемые помещения поручнями.

Общие принципы ухода:

- завести папку с медицинскими документами, собранными в хронологическом порядке;
- составить график приема препаратов;
- убрать из аптечки все ненужные лекарства;
- подобрать емкости для ежедневной фасовки лекарств;
- проанализировать побочные действия и противопоказания принимаемых лекарств;
- возникшие вопросы обсудить с лечащим врачом и социальным работником.

СОДЕЙСТВИЕ В ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ОСНОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 августа 2008 г. № 379н

С изменениями и дополнениями от: 16 марта 2009 г., 6 сентября 2011 г., 3 июня 2013 года

"Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации"

Общие положения

1. Индивидуальная программа реабилитации инвалида разрабатывается федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро медико-социальной экспертизы.

Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, и реабилитационного потенциала.

Указанная программа доводится до сведения инвалида (его законного представителя, социального работника) в доступной для него форме.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347р.

В соответствии со ст. 9 Приказа основные направления социальной реабилитации инвалидов включают в себя:

Социально-средовую реабилитацию
Социокультурную реабилитацию
Социально-психологическую реабилитацию
Социально-педагогическую реабилитацию
Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт
Социально-бытовую адаптацию

Реабилитационные мероприятия:

Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).

Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).

Санаторно-курортное лечение.

Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.

Обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. №240

Обеспечение инвалидов техническими средствами осуществляется в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Обеспечение ветеранов протезно-ортопедическими изделиями осуществляется в соответствии с заключениями об обеспечении протезами, протезно-ортопедическими изделиями ветеранов, выдаваемыми врачебными комиссиями медицинских организаций, оказывающих лечебно-профилактическую помощь ветеранам.

Показания и противопоказания к обеспечению техническими средствами регламентированы приказом Минтруда РФ от 18.02.2013 г. №65н.

Портфель социального работника «Оказание социально-медицинских услуг клиентам организации социального обслуживания» сборник методических материалов
Под ред. Н.В. Лебедевой

Подписано в печать 17.10.2014 г. Формат 60x90/16
Гарнитура Times New Roman. Усл. 1,8 п.л. Тираж 4.000 экз.
105066, г. Москва, 1-й Басманный переулок, дом 10

Тел.: (495) 607-05-91, e-mail: rikipkdszn@mail.ru
Отпечатано в Институте переподготовки и повышения квалификации
руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения
города Москвы.

