

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА
И ПРОДОВОЛЬСТВИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И КАДРОВ

Учреждение образования
«БЕЛОРУССКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

Управление по воспитательной работе с молодёжью

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Методическая разработка

Горки
БГСХА
2019

Составители:

педагог-психолог управления по воспитательной работе с молодежью

УО БГСХА *О. В. Потапенко,*

педагог-психолог управления по воспитательной работе с молодежью

УО БГСХА *О. В. Сергейчук,*

педагог-психолог управления по воспитательной работе с молодежью

УО «БГСХА» *Т. А. Цветкова*

Самосохранительное поведение студентов: методическая разработка

Представлен опыт работы социально-педагогической и психологической службы УО БГСХА по самосохранительному поведению студентов, предложен проект по обучению оказания первой доврачебной помощи.

Рекомендовано для участников воспитательного процесса: кураторов учебных групп, воспитателей общежитий, руководителей клубов и кружков.

Прил. 7. Библиогр. 14.

ВВЕДЕНИЕ

Для спасения жизни наибольшее значение имеет своевременность оказания помощи, а не степень технического оснащения.

Несчастные случаи, травмы и болезни могут случиться внезапно и обычно происходят тогда, когда рядом нет медицинских работников, а часто и необходимых условий для оказания первой помощи. Диапазон несчастных случаев, травм и внезапных заболеваний велик, поэтому необходимость оказывать первую помощь может возникнуть в любой житейской ситуации. И каждый человек может оказаться в ситуации, когда от него будет зависеть жизнь и успех дальнейшего лечения другого человека, то есть от его оперативности, от того, как он поведет себя в эти секунды, минуты.

Однако для того чтобы действительно помочь пострадавшему, важно не потерять самообладание в критический момент, оценить ситуацию и оказать ему первую помощь правильно. Неверное оказание первой помощи не только не принесет никакой пользы, но и может причинить вред пострадавшему. Поэтому, прямым гражданским и человеческим долгом каждого человека является умение оказать первую доврачебную помощь.

В данной методической разработке раскрывается понятие самосохранительного поведения, даны простые и четкие рекомендации по оказанию срочной психологической помощи пострадавшему сразу после психотравмирующего события, отражены методы оказания первой помощи в угрожающих жизни ситуациях, травмах и при наиболее часто встречающихся несчастных случаях. С помощью этих разработок обучающиеся, кураторы, воспитатели общежитий и другие участники учебно-воспитательного процесса могут узнать, как последовательно оказывать помощь человеку в угрожающих его жизни ситуациях и при наиболее часто встречающихся несчастных случаях.

ЛЕКЦИЯ «САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ»

Самосохранительное поведение – это система действий и отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление сроков жизни в пределах этого цикла.

В понятии «самосохранительное поведение» следует различать позитивную и негативную стороны. Позитивная сторона связана с действиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья, на реализацию стремления прожить долгую и здоровую жизнь. Примерами позитивных форм самосохранительного поведения являются получающие все большее распространение занятия физической культурой и спортом, отказ от злоупотребления пищей, курения, алкоголя, наркотиков и т.п. - вообще все виды поведения, ассоциируемые с так называемым здоровым образом жизни. Негативные формы самосохранительного поведения связаны с сознательным или неосознаваемым предпочтением смерти возможной или условной перспективе неполноценной с точки зрения индивида жизни, неполноценной в физиологическом, психологическом, социальном или ином отношениях. Наиболее ярким примером негативного самосохранительного поведения является самоубийство, совершая которое, человек стремится сохранить свою «Я-концепцию», т.е. свое представление о самом себе. Однако в любом случае и позитивное, и негативное самосохранительное поведение в конечном итоге выражается в движении показателей уровня здоровья, заболеваемости, смертности и их структуры по причинам. Именно с этой стороны самосохранительное поведение и интересует демографию.

Понятие самосохранительного поведения было введено в демографию именно в связи с осознанием того, что в современных условиях все большую роль в детерминации заболеваемости и смертности начинает играть поведенческий фактор, отношение людей к собственному здоровью и продолжительности собственной жизни.

Структура самосохранительного поведения:

1. Потребность личности в самосохранении;
2. Самосохранительные установки;
3. Самосохранительные мотивы;
4. Решения;
5. Действия.

Ядром структуры самосохранительного поведения является потребность личности в самосохранении. Эта потребность выражается чрезвычайно сложной структурой, включающей в себя практически все уровни пирамиды потребностей А. Маслоу, вплоть до потребности в

самоактуализации. Верхним уровнем потребности в самосохранении является потребность личности в сохранении своего Я, своего социального статуса и лица. Средний уровень потребности в самосохранении образует потребность личности в психологическом самосохранении, сохранении определенности своего Я в коммуникациях с другими. Это потребность в уважении к себе со стороны других людей, потребность в общении и принадлежности к себе подобным. Нижний уровень потребности в самосохранении - это потребность в сохранении себя как физического, телесного существа. Это потребность в сохранении самой жизни и здоровья на всех стадиях жизненного цикла.

Весь комплекс потребностей третьего уровня фокусируется в потребности в конкретных сроках жизни, что позволяет ставить вопрос об измерении установок самосохранительного поведения.

Исследования самосохранительных установок начались с выявления идеальной продолжительности жизни, с измерения желаемого и ожидаемого числа лет собственной жизни.

Средняя идеальная продолжительность жизни – характеризует представление индивида о наилучшем числе лет жизни вообще, не обязательно своей.

Средняя желаемая продолжительность жизни – это показатель, характеризующий представление индивида о длительности своей жизни при самых благоприятных условиях.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни – характеризует реальные намерения индивида прожить определенное число лет с учетом конкретных обстоятельств его жизни.

В результате проведенных исследований были выявлены статистически значимые различия в предпочитаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, противоположные, кстати, реальному соотношению мужской и женской смертности. Вопреки реальности и даже вопреки собственным представлениям о своем здоровье показатели желаемой и ожидаемой продолжительности жизни у мужчин оказались более высокими, чем у женщин. Точно также выявлена статистически значимая связь между семейным статусом респондентов и их представлениями о желаемой и ожидаемой продолжительности жизни. Семейные люди более оптимистически оценивают и свои желания, и свои ожидания относительно сроков своей жизни: соответственно 90,2 у семейных и 88,3 у одиноких по желаемой и 71,8 и 62,7 по ожидаемой продолжительности жизни.

В исследовании А.И. Кузьмина зафиксирована значимая связь между показателями репродуктивного и самосохранительного поведения: чем

выше, например, детность опрошенных, тем более высокой оказывается и их ожидаемая продолжительность жизни. Аналогичной является и связь между ожидаемым числом детей в семье и ожидаемой продолжительностью жизни. В этой взаимосвязи репродуктивного и самосохранительного поведения ведущим, определяющим является репродуктивное поведение. Отсюда закономерным представляется вывод о том, что снижение рождаемости опасно не только само по себе, а как основной фактор депопуляции. Оно вполне явным образом препятствует при прочих равных условиях и снижению смертности, и повышению продолжительности жизни, поскольку ведет к уменьшению и установок на продолжительность жизни, вообще к неблагоприятным изменениям самосохранительного поведения.

Как и в случае с репродуктивным поведением, самосохранительные мотивы можно разделить на экономические, социальные и психологические. Такое разделение обусловлено средствами достижения индивидуальных целей.

Экономические мотивы – это мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от этого стремления), которая способствует достижению ряда экономических целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого экономического статуса, с желанием получить определенные материальные блага или избежать их потери. Например, выбор человеком опасной профессии, связанной с повышенным риском, может мотивироваться желанием получения высокого дохода и разного рода льгот и привилегий, которые в данном случае являются определенной компенсацией риска.

Социальные мотивы – это мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения, которая способствует достижению определенных социальных целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого социального статуса. Они являются реакцией на бытующие в культуре социальные нормы отношения к ценности человеческой жизни и ее продолжительности, к полноте и завершенности индивидуального цикла жизни и т.д. Социальные мотивы действуют там и тогда, где и когда действуют стимулы, символизирующие повышение социального статуса и престижа человека, прожившего долгую жизнь, прошедшего через все социально значимые стадии жизненного цикла (вступление в брак, приобретение статуса родительства и прародительства), отметившего все «положенные» юбилеи, отпраздновавшего все мыслимые символические события типа серебряных или золотых свадеб, выхода на

пенсию и т.п. Там же, где нет таких стимулов, там нет и желания жить долго.

Психологические мотивы – это мотивы, которые побуждают стремиться выбирать такую стратегию самосохранительного поведения, которая способствует достижению определенных сугубо личностных, социально-психологических внутренних целей личности. Они отражают исключительно личностную заинтересованность прожить тот или иной срок жизни. Например, наличие у человека того или иного числа детей формирует у него стремление и желание пожить подольше, чтобы увидеть, кем и чем станут его дети. И ясно, что чем больше детей имеет человек, тем сильнее это желание.

Причины, по которым опрашиваемый хочет или не хочет прожить как можно дольше:

Я хочу жить как можно дольше.

Я не хочу жить как можно дольше.

Хочу испытать и увидеть в жизни как можно больше.

Не хочу в старости быть обузой своим родным и близким.

Хочется оттянуть момент смерти.

Боюсь остаться одиноким.

Боюсь неизвестности после смерти.

Не хочу быть беспомощным.

Не хочется расставаться со своими родными и близкими.

Не хочу пережить своих родных и близких.

Лучше жить болея, чем не жить вообще.

Ради продления жизни не хочу ни в чем себя ограничивать.

Надеюсь дожить до времени, когда медицина найдет средства от всех моих болезней.

Лучше умереть, чем мучиться от болезней.

То есть, представлены все эти типы мотивов. Их целостная характеристика выражается через понятие «линии самосохранительного поведения» как совокупности разного рода событий, поступков и внутренних побуждений, через которую и выражаются установки на продолжительность жизни и соответствующие им мотивы. Одним из наиболее четких является различие мужских и женских линий самосохранительного поведения, находящихся свое наиболее яркое выражение в большей продолжительности жизни женщин по сравнению с мужчинами. Специалисты считают, что женщины прилагают более интенсивные усилия по реализации позитивных самосохранительных установок, поскольку их цели рассчитаны на более далекую перспективу, поскольку смысл их жизни чаще, чем у мужчин, связан с детьми, с желанием увидеть их в будущем, увидеть и нянчить внуков.

Это связывается с тем, что именно выполнение социальной роли матери формирует у женщины умение более эффективно распределять силы на всем протяжении жизни.

Самосохранительным действием выступает выбор человека той или иной линии самосохранительного поведения.

Таким образом, самосохранительное поведение – сознательная система действий и отношений, в значительной мере определяющих качество индивидуального и семейного здоровья, которое выражается через заболеваемость, временную нетрудоспособность, инвалидность и продолжительность жизни, слагающаяся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, осуществления здорового образа жизни, выполнения медицинских предписаний и назначений, регулярного посещения лечебно-профилактических учреждений. Наиболее важными факторами самосохранительного поведения являются: сбалансированное, не избыточное питание, умение правильно отдыхать и достаточная физическая активность, здоровая сексуальность, умение справляться со стрессовыми ситуациями, планирование семьи, отсутствие вредных привычек.

ЛЕКЦИЯ **«ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ»**

1. Понятие психологической травмы.
2. Правила первой помощи.
3. Экстренная психологическая помощь.

Рост числа экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) в нашей стране за последние годы диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную психологическую помощь жертвам подобных ситуаций. Несмотря на всю важность и актуальность проблем оказания экстренной психологической помощи населению в экстремальных ситуациях, эти задачи в настоящее время все еще остаются достаточно новыми для психолога.

В рамках теории посттравматического расстройства и возникшей в конце 80-х годов кризисной психологии оформилось понятие «психическая травма» (психотравма). Событие, которое воспринимается человеком как угроза его существованию, которое нарушает его нормальную жизнедеятельность, становится для него событием травматическим, то есть потрясением, переживанием особого рода.

Психологам и психотерапевтам все чаще приходится работать с людьми, перенесшими психическую травму, такими, как: вынужденные переселенцы и беженцы, жертвы захвата в заложники, люди, пережившие бомбежки, обстрелы, гибель родственников, разбойные нападения, а также широкомасштабные природные и техногенные катастрофы.

Главное содержание психологической травмы составляет утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю.

Травма влияет на восприятие времени, и под ее воздействием меняется видение прошлого, настоящего и будущего. По интенсивности переживаемых чувств травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее существенным событием жизни, как бы «водоразделом» между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом.

Если раньше основную озабоченность вызывали такие последствия экстремальных ситуаций, как количество смертей, физических болезней и травм, то сейчас среди специалистов растет обеспокоенность их последствиями для психосоциального и душевного здоровья населения. Из людей, перенесших психотравму, 80 % нормально функционируют, а у 20 % через некоторое время (2-6 месяцев) возникают те или иные проблемы в одной или нескольких сферах жизни: аффективной, психосоциальной, профессиональной, психосоматической.

Незамедлительное психотерапевтическое вмешательство, как можно ближе по времени к перенесенной травме, позволяет предотвратить многие нежелательные последствия и переход процесса в хроническую форму.

По наблюдениям исследователей, на психическое состояние наиболее тяжелое воздействие оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы.

Цель и задачи экстренной психологической помощи включают профилактику острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапию возникших пограничных нервно-психических нарушений. Экстренная психологическая помощь населению должна основываться на принципе интервенции в поверхностные слои сознания, то есть на работе с симптоматикой, а не с синдромами.

Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях: со здоровой частью населения в виде профилактики острых панических реакций и отсроченных, «отставленных» нервно-

психических нарушений, и с пострадавшими в виде психологической помощи

Правила первой помощи

1. Дайте знать пострадавшему, что вы рядом и что уже принимаются меры по спасению. Пострадавший должен чувствовать, что в создавшейся ситуации он не одинок. Подойдите к пострадавшему и скажите, например: «Я останусь с вами, пока не приедет «Скорая помощь». Пострадавший также должен быть проинформирован о том, что сейчас происходит: «Скорая помощь» уже в пути».

3. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения.

4. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь, помимо психологической, требуется, кто из пострадавших в большей степени нуждается в помощи.

5. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов. Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кризисной ситуации. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов.

6. Осторожно устанавливайте телесный контакт. Легкий телесный контакт обычно успокаивает пострадавших. Поэтому возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Даже оказывая первую медицинскую помощь, старайтесь находиться на одном уровне с пострадавшим.

7. Говорите и слушайте. Внимательно слушайте, не перебивайте, будьте терпеливы. Говорите спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Спросите пострадавшего: «Могу ли я что-либо для вас сделать?» Если вы испытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

8. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

9. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

10. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

11. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним.

12. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

13. Стресс может оказать негативное влияние и оказывающего помощь. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений.

При осуществлении экстренной помощи необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией (Everstine, 1993):

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

2. Отсутствие подобного опыта. Поскольку бедствия и катастрофы редки – люди часто учатся переживать их в момент стресса.

3. Длительность. Этот фактор варьирует от случая к случаю. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее, у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф. Может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни.

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких. Самое худшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию. В случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного.

6. Постоянные изменения. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невосстановимыми: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей

решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасать, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

10. Масштаб разрушений. После катастрофы переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться. Часто эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией.

Классификация последовательных фаз в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций

(по Решетникову и др., 1989 г.)

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 часов. Фаза характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5-2 раза и более.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций, понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, люди не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение или отсутствие аппетита. К этому же пери-

оду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ, особенно связанных с извлечением тел погибших, значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3-12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако, по результатам наблюдений, у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия, маскообразность лица, снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов. Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности снижаются на 30%. В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность.

4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, первые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения.

Экстренная психологическая помощь

(по Крюковой и др., 2001 г.)

К симптомам которые могут появляться у человека в экстремальной относятся бред, галлюцинации, апатия, ступор, двигательное возбуждение, агрессия, страх, истерика, нервная дрожь, плач.

Помощь в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

1. Бред и галлюцинации. Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в

целом – не только физическом, но и психическом. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

В данной ситуации:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

2. Апатия. Она может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности, или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб и т.д.

Наваливается ощущение усталости такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом.

В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию, тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Основными признаками апатии являются:

- безразличное отношение к окружающему;
- вялость, заторможенность;
- медленная, с длинными паузами, речь.

В данной ситуации:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться, обязательно снять обувь.

3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность: прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи.

3. Ступор. Ступор одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Основными признаками ступора являются:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
- «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшего точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции, лучше негативные. Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

4. Двигательное возбуждение. Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасе-

ние. Человек теряет способность логически мыслить и принимать, решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность, человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи;
- часто отсутствует реакция на окружающих на замечания, просьбы, приказы и т.д.

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает: «Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?».

4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям, например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи».

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

5. Агрессия. Агрессивное поведение это один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

- раздражение, недовольство, гнев по любому, даже незначительному поводу;
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесное оскорбление, брань;
- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.

2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар», например, выговориться или «избить» подушку.

3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения или если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

7. Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

6. Страх. Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Он боится чудовищ, которые живут под кроватью. Однажды попав в автомобильную катастрофу, человек не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляя себя входить в свой подъезд. Причиной всего этого является страх.

К основным признакам страха относятся:

- напряжение мышц, особенно лицевых;
- сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание;
- сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».

2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.

3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.

4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

7. Нервная дрожь. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь, человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию. Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

- дрожь начинается внезапно, сразу после инцидента или спустя какое-то время;
- возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей, человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету;
- реакция продолжается достаточно долго, до нескольких часов;
- потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

В данной ситуации:

1. Необходимо усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10-15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.
5. Нельзя обнимать пострадавшего или прижимать его к себе, укрывать пострадавшего чем-то теплым, успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

8. Плач. Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

Основные признаки плача:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;
- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности;
- в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим, возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове. Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе: периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

9. Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

- сохраняется сознание;
- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить: можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего.

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном: «Выпей воды», «Умойся» и др.

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

ЛЕКЦИЯ «ПСИХОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

1. Определение и общая характеристика суицида.
2. Классификация самоубийств.
3. Мотивы суицидального поведения.
4. Генез суицидального поведения.
5. Превенция: предупреждение самоубийства.

В современной статистике смертей самоубийство почти во всех странах занимает тревожное третье место – вслед за смертью в результате болезни и несчастного случая. Причин тому множество. Они кроются как в общественной жизни, социальных условиях, так и во внутреннем мире человека.

В результате развития общества, технической революции, повышения уровня урбанизации человек просто может не найти своего места в жизни. Экономические кризисы выбивают почву из-под ног, человек теряет точку опоры, возникает неуверенность в завтрашнем дне. Недаром отмечается, что любое социальное потрясение, любое массовое изменение общественного статуса влечет за собой всплеск самоубийств.

Можно отметить, что в настоящее время нравственная сторона самоубийства стала более прозрачной. В прошлом церковь резко осуждала подобные действия и в силу того, что вера являлась важнейшим атрибутом сознания, люди придерживались таких взглядов. В нашем веке вера переживает свой кризис и уже не является таким мощным регулятором поведения людей, который мог бы снизить вероятность принятия суицида как приемлемого способа действий.

Если сравнивать нашего современника и человека прошлого, то при внешней иллюзии большей свободы выбора и поступка мы стали гораздо более зависимы от внешнего мира. Через аппарат массовой культуры общество все время навязывает нам некий стандарт жизненного успеха, несоответствие которому воспринимается как трагедия. Наверное, прежде стрессов было не меньше, но люди были психологически устойчивей, менее изнежены – выживание требовало больше усилий, а это делало жизнь более ценной, ибо человеку свойственно дорожить тем, что делается с трудом. Чем благоустроеннее становился быт человека XX столетия, тем стремительнее ползла вверх кривая суицида.

1. Определение и общая характеристика суицида.

Суицидом называется смертный случай, который непосредственно или опосредовано является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим и последний знал об ожидавших его результатах.

Можно выделить черты, характеризующие данное явление:

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Прежде всего, суицид не является случайным действием. Он никогда не будет бессмысленным или бесцельным. Самоубийство является решением проблемы, дилеммы, брошенного кому – либо вызова, выходом из затруднений, психологического кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Суицид является ответом – единственно доступным для человека ответом на труд-

нейшую задачу: как из этого выбраться? Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно прежде всего знать проблемы, решить которые он предназначен.

2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания. Своеобразным образом суицид является одновременно движением к чему – то и бегством от чего – либо. То, к чему движется человек, общая задача суицида состоит в полном прекращении сознания невыносимой душевной боли. У отчаявшегося человека возникает мысль о возможности прекращения сознания как ответе или выходе из невыносимой ситуации при наличии у него чрезмерного душевного волнения, сильного уровня тревоги и высокого летального потенциала – трёх обязательных составных частей суицида – после этого возникает иницирующая искра, провоцирующая начало активного суицидального сценария.

3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль. Если прекращение потока сознания – это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль – это то, от чего он стремится убежать. Никто не совершает самоубийства от радости: его не может вызвать состояние блаженства.

4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как необоснованный поступок – любое самоубийство на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определённом круге проблем кажется логичным – а как реакцию на фрустрированные психологические потребности человека. Прежде всего, суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных потребностей.

5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность. В суицидальном состоянии возникает преобладающее чувство беспомощности, безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме самоубийства) и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. З.Фрейд обратил внимание на такую психологическую истину, когда нечто может одновременно являться Я и не-Я. Один и тот же человек может нам нравиться и не нравиться. Амбивалентность является совершенно естественным состоянием при самоубийстве: человек чувствует, что должен совершить его, и одновременно желает и даже планирует посторонние вмешательства.

7. Общим состоянием психике при суициде является сужение когнитивной сферы. Суицид можно охарактеризовать как преходящее аффективное сужение сознания с ограничением использования интеллекту-

альных возможностей. Синонимом сужения является «туннельность», т.е. резкое ограничение вариантов выбора поведения. В обыденной речи потенциальный самоубийца проявляется в использовании слов, отражающих пресуицидальное дихотомическое мышление («все или ничего»). Далее возникает отчаяние, порожденное ограниченным видением только двух альтернатив. Любая попытка помочь самоубийце должна исходить из наличия у него патологического сужения когнитивной сферы. Важно противодействовать именно сужению мыслей суицидального человека, предпринимая попытку раздвинуть психические шторы и увеличить число вариантов выбора за пределы только двух.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Эгрессией называется преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. К числу вариантов бегства относятся – уход из дома или семьи, увольнение с работы. Самоубийство является предельным, окончательным бегством.

9. Общим коммуникативным действием является сообщения о своем намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о помощи. Общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость или разрушение и даже не уход от других людей внутрь себя, а именно сообщение о своих суицидальных намерениях. Внимание к таким сообщениям и своевременное распознавание их является незаменимым способом превенции суицидов.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения в течение жизни. Когда мы сталкиваемся с суицидом, то нас сбивает с толку тот факт, что он по природе своей представляет собой поступок, которому нет аналогов в предшествующей жизни человека. Но ему можно найти соответствия в стиле и характере человека в течение жизни. Нужно вернуться к предыдущим состояниям душевного волнения, оценить способность человека переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному (дихотомическому) мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы бегства. Таким образом, существует преемственность с тем, как человек раньше справлялся с подобными трудностями.

Самоубийство можно понимать как действия человека с целью самоуничтожения в ответ на возникшие проблемы, протекающие на фоне определенных эмоциональных и психологических состояний.

Классификация самоубийств

Говоря о суицидах, нужно иметь в виду, что существует несколько видов, в зависимости от причин, их вызывающих, а также от особенно-

стей самого человека, избравшего данный способ уйти из жизни. Причины самоубийств не во всех случаях одинаковы; иногда они по природе своей совершенно противоположны. Различные причины приводят к различным результатам.

Первый вид самоубийства известен еще с античных времен. Характерной его чертой является состояние томительной меланхолии, парализующей всякую деятельность человека. Всевозможные дела, труд, даже домашние обязанности внушают ему только чувство безразличия и отчуждения. Ему невыносимо соприкосновение с внешним миром. Закрывая глаза на все окружающее, человек обращает внимание на состояние своего сознания; он избирает его единственным предметом своего анализа и наблюдений. Но в силу этой исключительной концентрации он только усугубляет ту пропасть, которая отделяет его от окружающего мира; с того момента, как индивид начинает заниматься только самим собой, он уже не может думать о том, что не касается только его, и, углубляя это состояние, увеличивает свое одиночество.

Второй тип самоубийств – это альтруистические. В отличие от эгоистических суицидов, характеризующихся упадком сил, альтруистические происходят с проявлением энергии. Энергия вкладывается в распоряжение разума или воли. Человек убивает себя, потому что так велит ему сознание; поэтому его поступок характеризуется по преимуществу той ясной твердостью, которую рождает чувство исполняемого долга. В других случаях, когда альтруизм принимает особенно острые формы, самоубийство носит более страстный и менее рассудочный характер.

Существует третий тип самоубийств, отличающийся от первого тем, что совершение его всегда носит характер страстности, а от вторых – тем, что вдохновляющая его страсть совершенно иного происхождения. Здесь не может быть речи об энтузиазме, религиозной вере, морали или политики, ни о какой-нибудь военной доблести; здесь играет роль гнев и все то, что обыкновенно сопровождает разочарование. К этой группе, очевидно, относятся самоубийства, являющиеся как бы дополнением предварительно совершенного убийства; человек лишает себя жизни, убив перед этим того, кого он считает отравившим ему жизнь. Нигде отчаяние самоубийцы не проявляется так сильно, как в этих случаях; ведь тут оно обнаруживается не только в словах, но и в поступках.

Необходимо отметить, что суициды не всегда наблюдаются в жизни в чистом виде: часто случается, что они комбинируются между собой и дают начало сложным видам; признаки, принадлежащие нескольким из них встречаются одновременно в одном и том же самоубийстве. Причиной этого явления служит то обстоятельство, что различные причины

самоубийства могут одновременно оказывать свое действие на одного и того же индивида, и таким образом результаты их перемешиваются.

Существует два фактора самоубийств, обладающих по отношению друг к другу особым сходством – это эгоизм и аномия. Чтобы заполнить пустоту, которую человек ощущает внутри себя, он ищет новых ощущений. Правда в это искание он вкладывает меньше горячности, чем человек, действительно страстный, но зато он быстрее устает, и эта усталость снова направляет его внимание на самого себя и усиливает его меланхолию. И наоборот, дезорганизаторская тенденция не может не содержать в себе зачатка эгоизма, т.к. нельзя восстать против всяких социальных уз, будучи социализированным человеком. Так возникает тип смешанного самоубийства, где подавленность чередуется с возбуждением, порывы желаний с меланхолическими размышлениями.

Аномия может сочетаться с альтруизмом. Один и тот же кризис может потрясти существование индивида, нарушить равновесие между ним и его средой и в то же время обратить его альтруистические наклонности в состояние, возбуждающее в нем мысль о самоубийстве. Это тот случай, когда речь идет о самоубийствах одержимых. Две различные причины действуют в одном направлении, приводя к суициду, в котором непоколебимая твердость альтруистического самоубийства соединяется с безумным отчаянием, являющимся продуктом аномии.

Эгоизм и альтруизм могут соединяться в своем воздействии на человека. Такие люди живут двойной жизнью: являются индивидуалами по отношению ко всему, что касается реального мира, и безграничными альтруистами по отношению к идеальному объекту.

Типы суицидов

Основной характер суицида	Второстепенные вариации	
	1	3
Эгоистическое самоубийство.	Бесстрастие	Вялая меланхолия, усаждающаяся собою. Рассудочное равнодушие скептика.
Альтруистическое самоубийство.	Страстная и волевая энергия.	Со спокойным чувством долга. С мистическим энтузиазмом. Со спокойной храбростью.
Аномическое самоубийство.	Раздражение, отвращение.	Горячий протест против жизни вообще. Протест против определенного лица (убийство, сопровождающееся суицидом).

1	2	3
Эгоистично - аномическое самоубийство		Смесь возбуждения и бесстрастия.
Аномично – альтруистическое самоубийство.		Возбужденное отчаяние.
Эгоистично – альтруистическое самоубийство.		Меланхолия, умеряемая известной моральной твердостью.

Мотивы суицидального поведения

Суицидальное поведение – разновидность общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях, свойственная не только душевнобольным, но и здоровым людям, а также с пограничными расстройствами психики. Конфликт или неблагополучие в чем-либо порождают психологический кризис, который, в первую очередь, выражается в нарушении внутреннего эмоционального баланса. Характер и протекание психической реакции зависят не столько от содержания суицидогенной ситуации, сколько от восприятия ее индивидом. Что касается душевнобольных, на долю которых приходится около 25% от общего числа лиц, покончивших с собой или покушавшихся на свою жизнь, то и здесь влияние психотической симптоматики на поведение в большей мере опосредовано системой личностных характеристик больного и особенностями его взаимоотношений с ближайшим окружением. Суицидальное решение обязательно предполагает этап личностной переработки конфликтной ситуации. Но особенности здоровых лиц и больных с пограничными расстройствами лишь создают условия для возникновения психологического кризиса, но не влекут за собой с фатальной неизбежностью спонтанных суицидальных действий. Прежде чем решиться на подобный поступок, человек мысленно перерабатывает альтернативные варианты выхода из кризисной ситуации. Большинство людей находит адекватные способы реагирования.

Существуют данные, что каждый шестой суицидент оставляет по-смертную записку. Тексты представляют собой вариации нескольких тем, повторяются одни и те же словесные выражения, стиль и аргументация. Самоубийца отвергает не саму жизнь, а ее нежелательный вариант, предлагаемый судьбой. Внимание суицидента сконцентрировано на проблемах текущей жизни.

В случаях межличностных конфликтов лишение себя жизни рассматривается либо как бегство от травмирующей ситуации, либо как по-

следний и самый веский аргумент в столкновении сторон, доказывающий правоту суицидента.

Записки, в которых в качестве доминирующего мотива указывается на какое-нибудь совершившееся несчастье, неблагополучие, внутренний разлад, отличаются от тех, что написаны в ситуациях коммуникативного срыва. В них отражается состояние смятения, усталости от жизни, угнетение от надвигающейся беды и вывод о полной бесперспективности существования.

Душевнобольные лишают себя жизни не обязательно по бредовым мотивам. Их может побудить к этому оскорбительный статус «сумасшедшего», «психа» и отношение к ним как к неполноценным членам общества. Мотивом иногда выступает осознание того, что состояние может ухудшиться вплоть до появления дефекта и это повлечет за собой необходимость многомесячного пребывания в стационаре в обществе больных, зачастую более тяжелых.

Основой суицидального поведения у пожилых и старых людей является не только физическое недомогание, но и мысль о том, что они обременяют собой других членов семьи. В ситуации одиночества, изоляции от мира, когда не сохранились или разорваны связи с близкими людьми, самоубийцы изредка оставляют записки без конкретного адресата, в которых стремятся высказать обиду или претензии к жизни.

Поводы для суицидального решения по сути дела включают всю совокупность жизненных проблем и трудностей, с которыми встречаются люди с отроческих лет и до глубокой старости.

Легче всего суицидальные модели поведения усваиваются и воспринимаются социально незрелыми людьми, а среди них – подростками как наиболее восприимчивыми к новым поведенческим образцам.

Генез суицидального поведения

Можно проследить прямую связь психологической дезадаптации с суицидальным поведением. Среди факторов, релевантных суициду, целесообразно выделить две большие группы – интрапсихические и средовые влияния. Применительно к первым можно видеть, что индивида дезадаптируют различные акцентуированные черты личности и искажения познавательной деятельности; больных психическими заболеваниями характеризуют нарушения нормальных форм психологической адаптации; выделяемая в качестве «группы суицидального риска» возрастная категория подростков отличается не сложившейся адаптационной системой, а лица старческого возраста – ее ограничениями. В динамике обеих форм социально – психологической дезадаптации, ведущей к суициду, выделяется две фазы: predispositional и suicidal. Первая

фаза относительно неспецифична для суицида. Во второй, начинающейся с зарождения суицидальных тенденций и продолжающейся до их реализации, дезадаптационный процесс идет по общему пути, сводящему к нулю все выработанные ранее формы адаптации. Решающее значение для перехода predispositional фазы в суицидальную имеет конфликт, наличие которого необходимо для появления суицидальных тенденций и в условиях которого значительно усиливаются нарушения процесса адаптации. Наиболее суицидоопасными являются внутренние конфликты, вызванные противоположными равносильными тенденциями и относящиеся к ценностно значимым для индивида сферам. Каждое из указанных обстоятельств и, особенно, их совокупность способствуют тому, что в условиях predispositional дезадаптации данный конфликт начинает оцениваться субъектом как неразрешимый, а суицид – как единственный способ его устранения. Суицидогенный конфликт, аналогично дезадаптации, проходит в своем развитии две фазы.

С точки зрения генеза суицида важно отметить, что неспецифическая predispositional фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через называемый критический пункт, имеющий две основные характеристики:

1. Значительное ограничение количества известных субъекту вариантов разрешения конфликта;

2. Субъективная оценка известных вариантов решения как неэффективных или неприемлимых.

Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости и резко возрастает вероятность суицидального поведения.

5. Превенция: предупреждение самоубийства

Суицидальная превенция представляет собой процесс прекращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном и психологическом кризисе. Никто из людей не является абсолютно суицидальным. Даже страстное желание умереть по своей сущности является амбивалентным. Часть личности хочет жить, другая стремится уйти. Суицидальная настроенность является преходящей – эти чувства могут появляться, исчезать, возникать снова. Эта закономерность является основой суицидальной превенции.

Каким образом можно помочь человеку?

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Суицидальная превенция состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки опасности. К таким признакам можно отнести следующие: суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а

также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным.

2. Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Если вы полагаете что кому – либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями.

3. Установите заботливые взаимоотношения. Можно сделать гигантский шаг вперед, если встать на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией. В этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и не любим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше проникнете в изолированную душу отчаявшегося человека.

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего, ради чего стоило бы жить». Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним. Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства этого человека, будь то печаль, вина, страх, гнев. Иногда, если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

5. Не спорьте. Столкнувшись с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение. Эти высказывания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту. Ни в коем случае нельзя проявлять агрессию при разговоре с потенциальным самоубийцей и постараться не выразить потрясения от услышанного. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, можно не только проиграть спор, но и потерять его самого.

6. Задавайте вопросы. Если вы задаете такие косвенные вопросы, как: «Я надеюсь, что ты не замыслишь самоубийства?», то в них подразумевается ответ, который вам бы хотелось услышать. Если близкий

человек ответит: «Нет», то вам скорее всего не удастся помочь в разрешении суицидального кризиса.

Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?». Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было. Наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение и ему дается возможность понять свои чувства.

7. Не предлагайте неоправданных утешений. Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то значительно снизится угроза самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями тогда как он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом участии в его судьбе.

8. Предлагайте конструктивные подходы. Вместо того чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль причинит твоя смерть близким?», попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, не приходили ему в голову.

9. Вселяйте надежду. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последний оптимизм. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой – то альтернативы: «Как бы вы могли изменить ситуацию?», «К кому вы могли бы обратиться за помощью?». Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

10. Оцените степень риска самоубийства. Постарайтесь определить серьезность возможного суицида. Ведь намерения могут различаться, начиная с мысли о такой возможности и кончая разработанным планом суицида. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск.

11. Не оставляйте человека одного. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-то побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь.

12. Обратитесь за помощью к специалистам. При суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров и клинических психологов. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека.

13. Важность сохранения поддержки и заботы. Если критическая ситуация миновала, то нельзя расслабляться. За улучшение часто принимают повышение психической активности человека. Бывает так, что

накануне самоубийства депрессивные люди бросаются в водоворот деятельности. Они просят прощения у всех, кого обидели. Это может вызвать у других обманчивое чувство облегчения и ослабить бдительность. Но эти поступки могут свидетельствовать о решении рассчитаться со всеми долгами и обязанностями, после чего можно покончить с собой. Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью. Поэтому никогда не следует обещать полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

К самоубийству как к явлению можно относиться по-разному, как и к людям, их совершающим или пытавшимся это сделать. Однако к данному феномену нельзя относиться с безразличием стороннего наблюдателя. Отгораживаясь от таких людей и воспринимая их как «ненормальных», окружающие тем самым навешивают ярлыки на отчаявшихся людей. Так можно только усугубить их состояние и негласно подтвердить их представление о суициде как о единственно верном и надежном способе прервать свое «бессмысленное» и «никому ненужное» существование.

Люди не вправе осуждать человека за его душевную боль, от которой он пытается избавиться таким радикальным способом. Мы не знаем всего содержания душевного состояния. Поэтому мы должны более внимательными к людям, дабы вовремя прийти на помощь и попытаться найти возможные пути разрешения проблем и этим избежать непоправимых последствий.

СЕМИНАР-ПРАКТИКУМ «СТРЕСС. БОРЬБА С ПЕРЕУТОМЛЕНИЕМ»

Стресс – это состояние психического напряжения, которое возникает у человека в экстремально – сложных условиях.

Великий французский философ Монтень говорил, что человек страдает не столько от того, что происходит, сколько от того, как он оценивает происходящее. И зачастую, влияние стресса на человека зависит от отношения человека к данной ситуации, к данной проблеме. Для одних, стресс является тем толчком, который мобилизует внутренние силы организма, чтобы преодолеть жизненные трудности. Для других, стресс – это угроза не только для психического здоровья, но и для жизни в целом.

Распространенная прежде фраза "все болезни от нервов" трансформировалась – "все болезни от стрессов". Может быть, надо любой ценой

остерегаться отрицательных эмоций и бежать от стрессов? Уезжать по возможности из больших городов, поменьше уделять внимания тревогам и заботам, не ставить перед собой никаких серьезных целей? Это ведь всегда связано с поиском, неопределенностью и риском - стало быть, стрессогенно. Может, нужно просто тихо жить, оберегая здоровье?

Однако автор учения о стрессе Г.Селье считает, что стресс может быть и полезен, способствуя повышению сил организма, и даже называют его "острой приправой к повседневной пищи жизни", утверждая, что лишь в определенных условиях стресс является болезнетворным.

Выделяется несколько форм стресса: социальный, психический, физиологический.

В основе социального стресса лежат социально-экономические условия существования личности в обществе. Социальные конфликты и кризисы создают ситуацию постоянного напряжения и неуверенности.

В психическом стрессе экстремальность ситуации задается отношением человека к создавшемуся положению и оценкой его сложности. Неожиданное изменение задания, отсутствие необходимой подготовки, дефицит времени, высокая значимость работы, а также личная ответственность за успех порученного дела – вот типичные ситуации возникновения психологического стресса.

Физиологический стресс вызывают физические воздействия: это могут быть разного рода препятствия, а также сильные звуки, интенсивное освещение, повышенная температура воздуха, вибрация и т. д.

Для начала необходимо определить, находитесь ли вы в состоянии стресса или нет. Проведите самостоятельный анализ стрессовых реакций своего организма, внимательно прочитав перечень признаков стрессового напряжения.

Признаки стрессового напряжения (по Шефферу):

1. Невозможность сосредоточиться на чем-то.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшается память.
4. Слишком часто возникает чувство усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Мысли часто "улетучиваются".
7. Довольно часто появляются боли (голова, спина, область желудка).
8. Повышенная возбудимость.
9. Работа не доставляет прежней радости.
10. Потеря чувства юмора.
11. Резко возрастает количество выкуриваемых сигарет.
12. Пристрастие к алкогольным напиткам.

13. Постоянное ощущение недоедания.
14. Пропадает аппетит - вообще потерял вкус к еде.
15. Невозможность вовремя закончить работу.

Прочтите внимательно этот перечень. Знакомство с ним поможет найти правильный путь самопознания, самостоятельного анализа стрессовых реакций своего организма. Если вы не обнаружили у себя признаков стрессового напряжения или не можете вспомнить, когда в последний раз их ощущали, вам можно только позавидовать.

Тест «Подвержены ли Вы стрессу?»

Данный тест на оценку стрессоустойчивости был разработан ученым – психологом Медицинского центра Университета Бостона. Необходимо ответить на вопросы, исходя из того, насколько часто эти утверждения верны для Вас. Отвечать следует на все пункты, даже если данное утверждение к Вам вообще не относится.

1. Вы едите, по крайней мере, одно горячее блюдо в день.
2. Вы спите 7-8 часов, по крайней мере, четыре раза в неделю.
3. Вы постоянно чувствуете любовь других и отдаете свою любовь взамен.
4. В пределах 50 километров у Вас есть хотя бы один человек, на которого Вы можете положиться.
5. Вы упражняетесь до пота хотя бы два раза в неделю.
6. Вы выкуриваете меньше половины пачки сигарет в день.
7. За неделю Вы потребляете не больше пяти рюмок алкогольных напитков.
8. Ваш вес соответствует Вашему росту.
9. Ваш доход полностью удовлетворяет Ваши основные потребности.
10. Вас поддерживает Ваша вера.
11. Вы регулярно занимаетесь клубной или общественной деятельностью.
12. У Вас много друзей и знакомых.
13. У Вас есть один или два друга, которым Вы полностью доверяете.
14. Вы здоровы.
15. Вы можете открыто заявить о своих чувствах, когда Вы злы или обеспокоены чем-либо.
16. Вы регулярно обсуждаете с людьми, с которыми живете, Ваши домашние проблемы.
17. Вы делаете что-то только ради шутки хотя бы раз в неделю.
18. Вы можете организовать Ваше время эффективно.

19. За день Вы потребляете не более трех чашек кофе, чая или других содержащих кофеин напитков.

20. У Вас есть немного времени для себя в течение каждого дня.

Предлагаются следующие ответы с соответственным количеством очков:

- почти всегда - 1;
- часто - 2;
- иногда - 3;
- почти никогда - 4;
- никогда - 5.

Теперь сложите результаты Ваших ответов и из полученного числа отнимите 20 очков.

Если Вы набрали меньше 10 очков, то Вас можно обрадовать, в случае если Вы отвечали еще и честно, - у Вас прекрасная устойчивость к стрессовым ситуациям и воздействию стресса на организм, Вам не о чем беспокоиться.

Если Ваше итоговое число превысило 30 очков, стрессовые ситуации оказывают немалое влияние на Вашу жизнь и Вы им не очень сильно сопротивляетесь.

Если Вы набрали более 50 очков, Вам следует серьезно задуматься о Вашей жизни - не пора ли ее изменить. Вы очень уязвимы для стресса.

Взгляните еще раз на утверждения теста. Если Ваш ответ на какое-либо утверждение получил 3 очка и выше, постарайтесь изменить свое поведение, соответствующее данному пункту и Ваша уязвимость к стрессу снизится. Например, если Ваша оценка за 19 пункт - 4, попробуйте пить хотя бы на одну чашку кофе в день меньше, чем обычно.

Итак, признаки стрессового напряжения вы уже знаете. Следующий шаг – внимательное изучение причин.

Причины стрессового напряжения (по Буту):

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что нужно, что входит в ваши обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени – не успеваете ничего сделать.
3. Вас что-то или кто-то "подгоняет", вы постоянно куда-то спешите.
4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать – никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда очень устали за день.
7. Вы очень много курите.
8. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.

9. Вам почти ничего не нравится.
10. Дома, в семье у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.

Способы сброса стрессового напряжения:

- Если источник стресса — человек, попробуйте поговорить с ним откровенно. Возможно, совместно вы найдете компромисс.
- Расскажите о стрессе близкому человеку.
- Дайте волю своим чувствам, когда вы находитесь в одиночестве. Плачьте, кричите, рыдайте, ругайтесь - дайте выход эмоциям, ведь их никто не увидит, а значит, и не осудит.
- Вспомните о чтении и музыке. Подойдет классический роман, мемуары, заметки путешественника. Музыку выбирайте такую, которая может погружать в состояние безмятежности или заставить активно двигаться.
- Обычно при стрессе человек фиксирует взгляд в одной точке. Оторвите от нее взгляд и посмотрите на отдаленный вид из окна, как бы отодвигаясь от проблемы, вызывающей бурные негативные эмоции. Глаза в таком случае расслабляются. А так как они напрямую связаны с головным мозгом, то по системе обратной связи и проблема станет восприниматься менее остро.
- Сосчитайте до десяти. Простой отказ от немедленной реакции на волнующую ситуацию может снять ее остроту.
- Выполняйте перед сном релаксирующие упражнения: напрячь все мышцы и медленно расслаблять каждую часть тела поочередно. Вначале расслабляйте ступни, ноги, живот, торс, руки, ладони, шею, плечи, лицо.
- Пройдите курс массажа, ароматерапии, рефлексотерапии.
- Занимайтесь спортом, физическим трудом или физкультурой.
- Если ситуация позволяет, смените обстановку.

Надо сказать, что здоровому организму стресс не сможет причинить большого вреда. Для защиты от неблагоприятных последствий можно делать **«прививки от стресса»:**

1. *Регулярные физические упражнения* не менее 30 минут в день. Особенно рекомендуются движение и физические упражнения на открытом воздухе, так как не только они, но и солнечный свет, и свежий воздух способствует выработке в организме «гормонов счастья» эндорфинов.

2. *Простое, преимущественно вегетарианское питание*, которое не вызывает перегрузки пищеварительной системы и благоприятно сказывается на здоровье, способствует подъёму энергии, выносливости и эффективной деятельности.

3. *Отказаться от курения, употребления алкоголя, кофеина и других вредных для здоровья веществ*. Все они вызывают неблагоприятные сдвиги в нервной системе, часто уже на следующий день.

4 *Полноценный отдых*. Сюда относятся как спокойный ночной сон, так и регулярный отдых и восстановление сил.

5. *Использование воды*. По возможности каждое утро принимайте душ, или, хотя бы, делайте обтирание холодной водой. Пейте достаточное количество воды (6 – 8 стаканов в день).

6. *Стабильные жизненные ценности* – счастливый семейный очаг, верные друзья, приносящая удовлетворение работа, учёба, наличие цели в жизни – всё это защитит вас от стресса.

7. *Позитивное мышление*. Представьте себе человека, который в проливной дождь идет на работу, проклиная всё на свете. В то же время трое детей радостно шлёпают по лужам, нисколько не огорчённые ненастной погодой. У кого больше стресс? Обстоятельства одни и те же, но отношение к ним разное.

Жизнь преимущественно даёт нам возможность сделать выбор. Не медлите! Примите решение наслаждаться жизнью в тех обстоятельствах, которые вам даны. Вместо того чтобы сетовать на судьбу, умейте находить хорошее во всём. Радуйтесь и солнечным дням, и ненастью. Улыбнитесь сами себе и другим людям, вдохните аромат цветов, займитесь любимым делом. Такой подход к жизни не требует материальных затрат, поднимает настроение без утренней головной боли, сопровождающей другие способы взбодриться, вместо долгов даёт вам ощутимый выигрыш.

Любой жизненный кризис, проблему китайцы называют словом «вэй чжи», оно состоит из двух иероглифов, которые обозначают такие понятия, как «опасность» и «возможность». Каждую проблему, с которой мы сталкиваемся в жизни, конструктивнее всего рассматривать, как шанс проявить себя в новом качестве, сделав шаг за границу привычных стереотипов поведения. Стресс можно расценивать не только как некое жизненное испытание, но и как возможность испытать свои силы.

Начните присматриваться к себе внимательнее сейчас, а не тогда, когда уже будет поздно.

ПРОЕКТ «ОБ ЭТОМ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ КАЖДЫЙ»

1. Цель и задачи проекта

Цель: Повышение уровня знаний и обучение студенческой молодежи оказанию первой доврачебной помощи, расширение волонтерского движения среди обучающихся в УО БГСХА.

Задачи:

- углубление и систематизация знаний студенческой молодежи по оказанию первой доврачебной помощи;
- акцентирование внимания студентов на волонтерском движении среди обучающихся в УО БГСХА;
- формирование гуманистического мировоззрения, активной гражданской позиции у обучающихся;
- популяризация здорового образа жизни в студенческой среде.

2. Сроки реализации проекта:

- а) подготовительный этап (март);
- б) основной этап (апрель – октябрь);
- в) заключительный этап (октябрь).

3. Содержание проекта

Несчастные случаи, травмы и болезни могут случиться внезапно. И каждый человек можете оказаться в ситуации, когда от него будет зависеть жизнь и успех дальнейшего лечения другого человека, то есть от его оперативности, от того, как он поведет себя в эти секунды, минуты.

Однако для того чтобы действительно помочь пострадавшему, важно оказать ему первую помощь правильно. Неверное оказание первой помощи не только не принесет никакой пользы, но и может причинить вред пострадавшему. Поэтому, прямым гражданским и человеческим долгом каждого человека является умение оказать первую доврачебную помощь.

В УО БГСХА обучается 862 студента первого курса дневной формы получения высшего образования. Необходимо использовать все возможности для овладения умениями и навыками подготовки к оказанию первой помощи в неотложных ситуациях.

В рамках реализации проекта предполагается работа в несколько этапов.

В период подготовительного этапа проводится работа по:

- изучению литературы по данной проблематике;
- составлению плана поэтапной реализации проекта.

Также проводятся мероприятия по разъяснению плана реализации участникам проекта.

В период основного этапа проводится цикл информационно-просветительских мероприятий направленных как на углубление и систематизацию знаний студенческой молодежи по оказанию первой доврачебной помощи, так и на акцентирование внимания студентов на волонтерском движении среди обучающихся в УО БГСХА (в соответствии с планом).

На заключительном этапе проводится анализ проведенных мероприятий с целью изменения и дополнения форм и методов работы над проектом в последующие годы.

4. План реализации проекта

Этапы проекта	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные	Участники
1	2	3	4	5
Подготовительный	1. Определение направлений работы.	Март 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог
	2. Составление плана работы для поэтапной реализации проекта.	Март 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог
	3. Доведение плана до участников проекта.	27-31 марта 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Заместители деканов по воспитательной работе, воспитатели общежитий, кураторы учебных групп
Основной	1. Кураторские часы с показом видеофильма об истории и деятельности БОКК	Апрель-октябрь 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
	2. Распространение наглядного материала «Умей оказать первую помощь»	Апрель-октябрь 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся

1	2	3	4	5
	3. Тренинг «Я – волонтер»	Апрель 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
	4. Тренинг для инструкторов-волонтеров «Оказание первой помощи» из числа обучающихся УО БГСХА	Апрель 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
	5. Тренинг «Оказание первой помощи» для обучающихся первых курсов УО БГСХА	апрель-октябрь 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
	6. Флеш-моб «Семь принципов БОКК»	Май 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
Заключительный	Анкетирование обучающихся с целью выявления эффективности и целесообразности данного мини-проекта	Октябрь 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
	Подведение итогов мини-инициативы на семинаре «Спасти жизнь легко.!?»)»	Октябрь 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся
	Публикация в СМИ об итогах мини-проекта	Октябрь 2018 г.	Руководители проекта: педагог социальный, педагог-психолог	Обучающиеся

5. Механизм реализации проекта

Координацию деятельности по реализации проекта осуществляет управление по воспитательной работе с молодежью (УВРМ). Сотрудники социально-педагогической и психологической службы в рамках проекта занимаются организационными вопросами взаимодействия УВО с Горецкой районной организацией Белорусского общества Красного Креста, УЗ «Горецкая ЦРБ» центром дружественной помощи подросткам.

6. Эффективность проекта, предполагаемые конечные результаты

Запланированные мероприятия проекта дают возможность:

- Обучить сто студентов УО БГСХА оказывать первую доврачебную помощь в угрожающих жизни ситуациях и при наиболее часто встречающихся несчастных случаях;
- Подготовить волонтеров для организации дальнейшей деятельности по оказанию первой доврачебной помощи по принципу «Равный обучает равного»;
- Распространить информацию об истории и деятельности Белорусского Общества Красного Креста;
- Привлечь внимание к волонтерской деятельности в УО БГСХА.

7. Потенциалы развития проекта, его долгосрочность

После проведения проекта, приобретенные знания и навыки обучающимися в УО БГСХА будут распространяться среди студентов первых курсов.

Реализация проекта будет продолжена по всем направлениям и дополнена новыми материалами и мероприятиями в последующие годы.

8. Финансово-экономическое обоснование проекта, включающее объемы и источники финансирования

№	Мероприятия	Статья расходов	Источники внутренние	Источники внешние
1	2	3	4	5
1	Кураторские часы с показом видеofilmа об истории и деятельности БОКК	Использование учебных аудиторий	УО БГСХА	
		Наглядный материал «Умей оказать первую помощь» 300 штук		60
		Мультимедийная установка, фотоаппарат	УО БГСХА	
		videofilm	РО БОКК	
		Итого:		60
2	Флеш-моб «Семь принципов БОКК»	Бейджи, флажки, майки с символикой БОКК		250
		Наглядный материал «Умей оказать первую помощь» 400 штук		80
		Итого:		330
3	Тренинг «Я - волонтер» 50 человек	Канцтовары: (бумага А-4, ручки, блокнот, папка с файлами, скотч, папка-конверт и др.)		50
		Кофе-пауза:(чай, печенье, сахар, конфеты и др.)		40
		Плакаты, брошюры, литература	РО БОКК	

1	2	3	4	5
		Использование учебной аудитории (3 часа), фотоаппарат, посуда	УО БГСХА	
	Итого:			90
4	Тренинг для инструкторов-волонтеров «Оказание первой помощи» 20 человек	Канцтовары: (бумага А-4, ручки, блокнот, папка с файлами, скотч, папка-конверт и др.)		40
		Кофе-пауза:(чай, печенье, сахар, конфеты и др.)		16
		Медикаменты и перевязочный материал для комплектования аптек		70
		Плакаты, брошюры, литература	РО БОКК	
		Использование учебной аудитории (3 часа), фотоаппарат, посуда	УО БГСХА	
	Итого:			126
5	Тренинги для обучающихся первых курсов «Оказание первой помощи» 100 человек	Использование учебных аудиторий, фотоаппарат	УО БГСХА	
		Наглядный материал «Умей оказать первую помощь» 100 штук		20
	Итого:			20
6	Подведение итогов мини-инициативы на семинаре «Спасти жизнь легко!?» 40 человек	Кофе-пауза:(чай, печенье, сахар, конфеты и др.)		32
		Использование учебной аудитории (2 часа), фотоаппарат, посуда	УО БГСХА	
	Итого:			32
7	Анкетирование среди участников мини-проекта 100 человек	Анкета формата А4		8
	Итого:			8
8	Отчет по мини-проекту. Освещение проекта в СМИ (статьи)	Приобретение тонера и заправка катриджа		18
		Распечатка фотографий		17
	Итого:			35
	Итого:			701

ТРЕНИНГ «ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ»

Первая доврачебная помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повре-

ждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Она оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Первая помощь является началом лечения повреждений, т.к. она предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смещения отломков костей и травмирование крупных нервных стволов и кровеносных сосудов.

Следует помнить, что от своевременности и качества оказания первой помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и даже его жизнь. При некоторых незначительных повреждениях медицинская помощь пострадавшему может быть ограничена лишь объемом первой помощи. Однако при более серьезных травмах (переломах, вывихах, кровотечениях, повреждениях внутренних органов и др.) первая помощь является начальным этапом, так как после ее оказания пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение. Первая помощь очень важна, но никогда не заменит квалифицированной (специализированной) медицинской помощи, если в ней нуждается пострадавший. Вы не должны пытаться лечить пострадавшего – это дело врача-специалиста.

Вывих

Вывих – это смещение суставных концов костей, частично или полностью нарушающее их взаимное соприкосновение.

Признаки:

- появление интенсивной боли в области пораженного сустава;
- нарушение функции конечности, проявляющееся в невозможности производить активные движения;
- вынужденное положение конечности и деформация формы сустава;
- смещение суставной головки с запустеванием суставной капсулы и пружинящая фиксация конечности при ее ненормальном положении.

Травматические вывихи суставов требуют немедленного оказания первой помощи. Своевременно вправленный вывих, при правильном последующем лечении, приведет к полному восстановлению нарушенной функции конечности.

Первая помощь должна состоять, как правило, в фиксации поврежденной конечности, даче обезболивающего препарата и направлении пострадавшего в лечебное учреждение. Фиксация конечности осуществляется повязкой или подвешиванием ее на косынке. При вывихах суставов нижней конечности пострадавший должен быть доставлен в лечебное учреждение в лежачем положении (на носилках), с подкладыванием

под конечность подушек, ее фиксацией и даче пострадавшему обезболивающего средства. При оказании первой помощи в неясных случаях, когда не представилось возможным отличить вывих от перелома, с пострадавшим следует поступать так, будто у него явный перелом костей.

Кровотечение

Кровотечением называют излияние крови из поврежденных кровеносных сосудов. Оно является одним из частых и опасных последствий ранений, травм и ожогов. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают: артериальное, капиллярное и венозное кровотечения.

Артериальное кровотечение возникает при повреждении артерий и является наиболее опасным.

Признаки: из раны сильной пульсирующей струей бьет кровь алого цвета.

Первая помощь направлена на остановку кровотечения, которая может быть осуществлена путем придания кровотокащей области приподнятого положения, наложения давящей повязки, максимального сгибания конечности в суставе и сдавливания при этом проходящих в данной области сосудов, пальцевое прижатие, наложение жгута. Прижатие сосуда осуществляется выше раны, в определенных анатомических точках, там, где менее выражена мышечная масса, сосуд проходит поверхностно и может быть прижат к подлежащей кости. Прижимать лучше не одним, а несколькими пальцами одной или обеих рук.

При кровотечении в области виска прижатие артерии производится впереди мочки уха, у скуловой кости.

При кровотечении в области щеки сосуды следует прижимать к краю нижней челюсти, впереди жевательной мышцы.

При кровотечении из ран лица, языка, волосистой части головы прижатие к поперечному отростку шейного позвонка подлежит сонная артерия, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, у ее середины.

При кровотечении в области плеча подключичную артерию прижимают под ключицей к ребру; подмышечная артерия прижимается в подмышечной впадине к головке плечевой кости.

При кровотечении в области предплечья и локтевого сгиба прижимают плечевую артерию у внутреннего края двуглавой мышцы плеча (бицепса) к плечевой кости.

При кровотечении в паховой области прижимается брюшная аорта кулаком ниже и слева от пупка к позвоночнику.

При кровотечении в области бедра прижатие осуществляется к горизонтальной ветви лобковой кости в точке, расположенной ниже паховой связки.

Пальцевое прижатие для временной остановки кровотечения применяют редко, только в порядке оказания экстренной помощи. Самым надежным способом временной остановки сильного артериального кровотечения на верхних и нижних конечностях является наложение кровоостанавливающего жгута или закрутки, т.е. круговое перетягивание конечности. Существует несколько видов кровоостанавливающих жгутов. При отсутствии жгута может быть использован любой подручный материал (резиновая трубка, брючный ремень, платок, веревка и т.п.).

Порядок наложения кровоостанавливающего жгута:

Жгут накладывают при повреждении крупных артерий конечностей выше раны, чтобы он полностью пережимал артерию.

Жгут накладывают при приподнятой конечности, подложив под него мягкую ткань (бинт, одежду и др.), делают несколько витков до полной остановки кровотечения. Витки должны ложиться вплотную один к другому, чтобы между ними не попадали складки одежды. Концы жгута надежно фиксируют (завязывают или скрепляют с помощью цепочки и крючка). Правильно затянутый жгут должен привести к остановке кровотечения и исчезновению периферического пульса.

К жгуту обязательно прикрепляется записка с указанием времени наложения жгута.

Жгут накладывается не более чем на 1,5-2 часа, а в холодное время года продолжительность пребывания жгута сокращается до 1 часа.

При крайней необходимости более продолжительного пребывания жгута на конечности его ослабляют на 5-10 минут (до восстановления кровоснабжения конечности), производя на это время пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Такую манипуляцию можно повторять несколько раз, но при этом каждый раз сокращая продолжительность времени между манипуляциями в 1,5-2 раза по сравнению с предыдущей. Жгут должен лежать так, чтобы он был виден. Пострадавший с наложенным жгутом немедленно направляется в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Венозное кровотечение возникает при повреждении стенок вен.

Признаки: из раны медленной непрерывной струей вытекает темная кровь.

Первая помощь заключается в остановке кровотечения, для чего достаточно придать приподнятое положение конечности, максимально согнуть ее в суставе или наложить давящую повязку. Такое положение придается конечности лишь после наложения давящей повязки. При

сильном венозном кровотечении прибегают к прижатию сосуда. Поврежденный сосуд прижимают к кости ниже раны. Этот способ удобен тем, что может быть выполнен немедленно и не требует никаких приспособлений.

Капиллярное кровотечение является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров).

Признаки: кровоточит вся раневая поверхность.

Первая помощь заключается в наложении давящей повязки. На кровоточащий участок накладывают бинт (марлю), можно использовать чистый носовой платок или отбеленную ткань.

Обморок

Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся ослаблением деятельности сердца и дыхания. Возникает при быстро развивающемся малокровии головного мозга и продолжается от нескольких секунд до 5-10 минут и более.

Признаки: Обморок выражается во внезапно наступающей дурноте, головокружении, слабости и потере сознания.

Обморок сопровождается побледнением и похолоданием кожных покровов. Дыхание замедленное, поверхностное, слабый и редкий пульс (до 40-50 ударов в минуту).

Первая помощь. Прежде всего, необходимо пострадавшего уложить на спину так, чтобы голова была несколько опущена, а ноги приподняты. Для облегчения дыхания освободить шею и грудь от стесняющей одежды. Тепло укройте пострадавшего, положите грелку к его ногам. Натрите нашатырным спиртом виски больного и поднесите к носу ватку, смоченную нашатырем, а лицо обрызгайте холодной водой. При затнувшемся обмороке показано искусственное дыхание. После прихода в сознание дайте ему горячий кофе.

Перелом

Перелом – это нарушение целостности кости, вызванное насилем или патологическим процессом. Открытые переломы характеризуются наличием в области перелома раны, а закрытые характеризуются отсутствием нарушения целостности покровов (кожи или слизистой оболочки). Следует помнить, что перелом может сопровождаться осложнениями: повреждением острыми концами отломков кости крупных кровеносных сосудов, что приводит к наружному кровотечению (при наличии открытой раны) или внутритканевому кровоизлиянию (при закрытом переломе); повреждением нервных стволов, вызывающим шок или паралич; инфицированием раны и развитием флегмоны, возникновением остеомиелита или

общей гнойной инфекции; повреждением внутренних органов (мозга, легких, печени, почек, селезенки и др.).

Признаки: сильные боли, деформация и нарушение двигательной функции конечности, укорочение конечности, своеобразный костный хруст.

При переломах черепа будут наблюдаться тошнота, рвота, нарушение сознания, замедление пульса – признаки сотрясения (ушиба) головного мозга, кровотечение из носа и ушей.

Переломы таза всегда сопровождаются значительной кровопотерей и в 30% случаях развитием травматического шока. Такое состояние возникает в связи с тем, что в тазовой области повреждаются крупные кровеносные сосуды и нервные стволы. Возникают нарушения мочеиспускания и дефекации, появляется кровь в моче и кале.

Переломы позвоночника – одна из самых серьезных травм, нередко заканчивающаяся смертельным исходом. Анатомически позвоночный столб состоит из прилегающих друг к другу позвонков, которые соединены между собой межпозвонковыми дисками, суставными отростками и связками. В специальном канале расположен спинной мозг, который может также пострадать при травме. Весьма опасны травмы шейного отдела позвоночника, приводящие к серьезным нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При повреждении спинного мозга и его корешков нарушается его проводимость.

Первая помощь заключается в обеспечении неподвижности отломков кости (транспортной иммобилизации) поврежденной конечности шинами или имеющимися под рукой палками, дощечками и т.п. Если под рукой нет никаких предметов для иммобилизации, то следует прибинтовать поврежденную руку к туловищу, поврежденную ногу – к здоровой. При переломе позвоночника пострадавший транспортируется на щите. При открытом переломе, сопровождающимся обильным кровотечением, накладывает давящую асептическую повязку и, по показаниям, кровоостанавливающий жгут. При этом следует учитывать, что наложение жгута ограничивается минимально возможным сроком. Пораженному даются обезболивающие препараты: баралгин, седелгин, анальгин, амидопирин, димедрол, дозировка в зависимости от возраста пострадавшего.

Раны

Одним из наиболее частых поводов для оказания первой помощи являются ранения (раны). Раной называется механическое повреждение покровов тела, нередко сопровождающиеся нарушением целостности мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и су-

ставов. В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, размозженные, огнестрельные, рваные и укушенные. Раны могут быть поверхностными, глубокими и проникающими в полость тела.

Причинами ранения могут явиться различные физические или механические воздействия. В зависимости от их силы, характера, особенностей и мест приложения они могут вести к разнообразным дефектам кожи и слизистых, травмам кровеносных сосудов, повреждениям внутренних органов, костей, нервных стволов и вызывать острую боль.

Резаные раны. Резаная рана обычно зияет, имеет ровные края и обильно кровоточит. При такой ране окружающие ткани повреждаются незначительно и менее склонны к инфицированию.

Колотые раны являются следствием проникновения в тело колющих предметов. Колотые раны нередко являются проникающими в полости (грудную, брюшную и суставную). Форма входного отверстия и раневого канала зависит от вида ранящего оружия и глубины его проникновения. Колотые раны характеризуются глубоким каналом и нередко значительными повреждениями внутренних органов. Нередки при этом внутренние кровотечения в полости тела. Ввиду того, что раневой канал вследствие смещения тканей обычно извилист, могут образовываться затеки между тканями и развитие инфекций.

Рубленые раны. Для таких ран характерны глубокое повреждение тканей, широкое зияние, ушиб и сотрясение окружающих тканей.

Ушибленные и рваные раны характеризуются большим количеством размятых, ушибленных, пропитанных кровью тканей. Ушибленные кровеносные сосуды тромбированы.

При огнестрельном ранении пострадавший нуждается в срочной квалифицированной медицинской помощи.

Первая помощь. На любую рану должна быть наложена повязка, по возможности асептическая (стерильная). Средством наложения асептической повязки в большинстве случаев служит пакет перевязочный медицинский, а при его отсутствии – стерильный бинт, вата, лигнин и, в крайнем случае, чистая ткань. Если ранение сопровождается значительным кровотечением, необходимо остановить его любым подходящим способом. При обширных ранениях мягких тканей, при переломах костей и ранениях крупных кровеносных сосудов и нервных стволов необходима иммобилизация конечности табельными или подручными средствами. Пострадавшему необходимо ввести обезболивающий препарат и дать антибиотики. Пострадавшего необходимо как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

Растяжение

Растяжение – повреждение мягких тканей (связок, мышц, сухожилий, нервов) под влиянием силы, не нарушающей их целостности. Чаще всего происходит растяжение связочного аппарата суставов при неправильных, внезапных и резких движениях, выходящих за пределы нормального объема движений данного сустава (при подворачивании стопы, боковых поворотах ноги при фиксированной стопе и др.). В более тяжелых случаях может произойти надрыв или полный разрыв связок и суставной сумки.

Признаки: появление внезапных сильных болей, припухлости, нарушение движений в суставах, кровоизлияние в мягкие ткани. При ощупывании места растяжения проявляется болезненность.

Первая помощь предусматривает обеспечение покоя пострадавшему, тугое бинтование поврежденного сустава, обеспечивающее его подвижность и уменьшение кровоизлияния. Затем необходимо обратиться к врачу – травматологу.

Искусственное дыхание

Искусственное дыхание – неотложная мера первой помощи при утоплении, удушии, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах. Осуществляется до тех пор, пока у пострадавшего полностью не восстановится дыхание.

Механизм искусственного дыхания следующий:

1. пострадавшего положить на горизонтальную поверхность;
2. очистить рот и глотку пострадавшего от слюны, слизи, земли и других посторонних предметов, если челюсти плотно сжаты – раздвинуть их;
3. запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку на лоб, а другую на затылок;
4. сделать глубокий вдох, нагнувшись к пострадавшему, герметизировать своими губами область его рта и сделать выдох. Выдох должен длиться около 1 секунды и способствовать подъему грудной клетки пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего должны быть закрыты, а рот накрыт марлей или носовым платком, из соображений гигиены;
5. частота искусственного дыхания – 16-18 раз в минуту;
6. периодически освобождать желудок пострадавшего от воздуха, надавливая на подложечную область.

Массаж сердца

Массаж сердца – механическое воздействие на сердце после его оста-

новки с целью восстановления деятельности и поддержания непрерывного кровотока, до возобновления работы сердца.

Признаки внезапной остановки сердца – потеря сознания, резкая бледность, исчезновение пульса, прекращение дыхания или появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков.

Механизм наружного массажа сердца заключается в следующем: при резком толчкообразном надавливании на грудную клетку происходит смещение ее на 3-5 см, этому способствует расслабление мышц у пострадавшего, находящегося в состоянии агонии. Указанное движение приводит к сдавливанию сердца и оно может начать выполнять свою насосную функцию – выталкивает кровь в аорту и легочную артерию при сдавливании, а при расправлении всасывает венозную кровь. При проведении наружного массажа сердца пострадавшего укладывают на спину, на ровную и твердую поверхность (пол, стол, землю и т.п.), расстегивают ремень и ворот одежды.

Оказывающий помощь, стоя с левой стороны, накладывает ладонь кисти на нижнюю треть грудины, вторую ладонь кладет крестообразно сверху и производит сильное дозированное давление по направлению к позвоночнику. Надавливания производят в виде толчков, не менее 60 в 1 мин. При проведении массажа у взрослого необходимо значительное усилие не только рук, но и всего корпуса тела. У детей массаж производят одной рукой, а у грудных и новорожденных – кончиками указательного и среднего пальцев, с частотой 100-110 толчков в минуту. Смещение грудины у детей должно производиться в пределах 1,5-2 см.

Эффективность непрямого массажа сердца обеспечивается только в сочетании с искусственным дыханием. Их удобнее проводить двум лицам. При этом первый делает одно вдувание воздуха в легкие, затем второй производит пять надавливаний на грудную клетку. Если у пострадавшего сердечная деятельность восстановилась, определяется пульс, лицо порозовело, то массаж сердца прекращают, а искусственное дыхание продолжают в том же ритме до восстановления самостоятельного дыхания. Вопрос о прекращении мероприятий по оказанию помощи пострадавшему решает врач, вызванный к месту происшествия.

Отравление аварийными химически опасными веществами

Отравление людей аварийными химически опасными веществами (АХОВ) при авариях и катастрофах происходит при попадании АХОВ в организм через органы дыхания и пищеварения, кожные покровы и слизистые оболочки. Характер и тяжесть поражений определяются следующими основными факторами: видом и характером токсического дей-

ствия, степенью токсичности, концентрацией химических веществ на пострадавшем объекте (территории) и сроками воздействия на человека.

Признаки.

Вышеуказанные факторы будут определять и клинические проявления поражений, которыми в начальный период могут быть:

- явления раздражения – кашель, першение и боль в горле, слезотечение и резь в глазах, боли в груди, головная боль;
- нарастание и развитие явлений со стороны центральной нервной системы (ЦНС) – головная боль, головокружение, чувство опьянения и страха, тошнота, рвота, состояние эйфории, нарушение координации движений, сонливость, общая заторможенность, апатия и т.п.

Первая помощь должна быть оказана в возможно короткие сроки и заключаться в:

- надевании на пострадавшего противогаза, проведении частичной санитарной обработки открытых участков тела и одежды, прилегающей к открытым участкам тела;
- использовании для защиты органов дыхания, при отсутствии противогаза, подручных средств (куска материи, полотенца и других материалов), смоченных раствором пищевой соды;
- введении антипода (противоядия);
- выносе (вывозе) пострадавшего из зоны заражения;
- в проведении при необходимости искусственного дыхания и непрямого массажа сердца на незараженной территории;
- оказании первой медицинской помощи при наличии химического очага (см. раздел «Химический ожог»);
- доставке пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

Химический ожог

Химические ожоги являются результатом воздействия на ткани (кожные покровы, слизистые оболочки) веществ, обладающих выраженным прижигающим свойством (крепкие кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, фосфор). Большинство химических ожогов кожных покровов являются производственными, а химические ожоги слизистой оболочки полости рта, пищевода, желудка чаще бывают бытовыми.

Воздействие крепких кислот и солей тяжелых металлов на ткани приводит к свертыванию, коагуляции белков и их обезвоживанию, поэтому наступает коагуляционный некроз тканей с образованием плотной серой корки из омертвевших тканей, которая препятствует действию кислот на глубже лежащие ткани. Щелочи не связывают белки, а растворяют их, омыляют жиры и вызывают более глубокое омертвление тканей, которые приобретают вид белого мягкого струпа.

Следует отметить, что определение степени химического ожога в первые дни затруднено вследствие недостаточных клинических проявлений.

Первая помощь заключается в:

- немедленном обмывании пораженной поверхности струей воды, чем достигается полное удаление кислоты или щелочи и прекращается их поражающее действие;
- нейтрализации остатков кислоты 2% раствором гидрокарбоната натрия (пищевой содой);
- нейтрализации остатков щелочи 2% раствором уксусной или лимонной кислоты;
- наложении асептической повязки на пораженную поверхность;
- приеме пострадавшим обезболивающего средства в случае необходимости.

Ожоги фосфором обычно бывают глубокими, так как при попадании на кожу фосфор продолжает гореть.

Первая помощь при ожогах фосфором заключается в:

- немедленном погружении обожженной поверхности в воду или в обильном орошении ее водой;
- очистке поверхности ожога от кусочков фосфора с помощью пинцета;
- наложении на ожоговую поверхность примочки с 5% раствором сульфата меди;
- наложении асептической повязки;
- приеме пострадавшим обезболивающего средства.

Исключите наложение мажевых повязок, которые могут усилить фиксацию и всасывание фосфора.

Радиационное поражение

Радиационное поражение имеет место при авариях на ядерных установках с нарушением целостности технологических коммуникаций и поступлением в окружающую среду гамма- и бета- радиоактивных веществ в жидком, аэрозольном или газообразном состоянии. В зависимости от конкретных условий (характер аварии, тип установки, объем пространства) человек может подвергаться воздействию:

- радиоактивных благородных газов;
- проникающего излучения от радиоактивно загрязненных объектов внешней среды;
- радиоактивных веществ, апплицированных на коже, слизистых оболочках глаз и дыхательных путей;

- радиоактивных веществ, поступающих в организм при вдыхании, заносе с загрязненных кожных покровов или при употреблении пищи и питьевой воды, содержащих нуклиды.

Сочетания отдельных компонентов воздействия могут быть различными. В каждом случае исход радиационного поражения будет зависеть от уровня и дозы при общем и местном облучении и, что весьма существенно, от размеров поверхности тела, подвергшейся «дополнительному» облучению.

Первая помощь (неотложные действия). Необходимо:

- укрыть(ся) от воздействия ионизирующего излучения;
- принять радиопротектор и стабильный йод (при аварии на АЭС);
- обратиться немедленно в лечебно-профилактическое учреждение данного объекта или близ расположенного;
- провести дезактивацию – помывку под душем горячей водой с мылом и щеткой.

При наличии механической травмы, термического ожога дополнительно следует:

- рану промыть струей воды с дезинфицирующим средством;
- рану обработать раствором перекиси водорода с целью удаления радионуклидов;
- на раневую поверхность наложить асептическую повязку;
- ввести (дать) обезболивающее средство;
- при переломе произвести иммобилизации путем наложения шины.

Лучевой ожог

Лучевые ожоги возникают при воздействии ионизирующего излучения, дают своеобразную клиническую картину и нуждаются в специальных методах лечения.

При облучении живых тканей нарушаются межклеточные связи и образуются токсические вещества, что служит началом сложной цепной реакции, распространяющейся на все тканевые и внутриклеточные обменные процессы. Нарушение обменных процессов, воздействие токсических продуктов и самих лучей, прежде всего, сказывается на функции нервной системы.

Признаки. В первое время после облучения отмечается резкое перевозбуждение нервных клеток, сменяющееся состоянием парабиоза. Через несколько минут в тканях, подвергшихся облучению, происходит расширение капилляров, а через несколько часов – гибель и распад окончаний и стволов нервов.

Первая помощь. Необходимо:

- удалить радиоактивные вещества с поверхности кожи путем смыва струей воды или специальными растворителями;
- дать радиозащитные средства (радиопротектор – цистамин);
- на пораженную поверхность наложить асептическую повязку;
- пострадавшего в кратчайшие сроки доставить в лечебное учреждение.

Отравления окисью углерода

Отравления окисью углерода наступают при его вдыхании и относятся к острым отравлениям. Образование окиси углерода происходит при горении и в производственных условиях. Она содержится в доменных, печных, шахтных, туннельных, светительном газах. В химической промышленности образуется в ходе технических процессов, при которых это химическое соединение служит исходным материалом для синтеза ацетона, фосгена, метилового спирта, метана и др.

Поражающее действие окиси углерода основано на реакции соединения с гемоглобином (химическое соединение крови, состоящее из белка и железа, осуществляющее снабжение ткани кислородом), в результате чего образуется карбоксигемоглобин, неспособный осуществлять транспортировку кислорода тканям, следствием чего является гипоксия (кислородное голодание тканей). Этим и объясняются наиболее ранние и выраженные изменения со стороны центральной нервной системы, особенно чувствительной к недостатку кислорода.

Признаки: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, оглушенное состояние, резкая мышечная слабость, затемнение сознания, потеря сознания, кома. При воздействии высоких концентраций окиси углерода наблюдаются тяжелые отравления, которые характеризуются потерей сознания, длительным коматозным состоянием, приводящим в особо тяжелых случаях к смертельному исходу. При этом наблюдается расширение зрачков с вялой реакцией на свет, приступ судорог, резкое напряжение (ригидность) мышц, учащенное поверхностное дыхание, учащенное сердцебиение. Смерть наступает при остановке дыхания и сердечной деятельности.

Первая помощь. Необходимо:

1. вынести пострадавшего на свежий воздух;
2. освободить шею и грудную клетку от стесняющей одежды;
3. поднести к носу нашатырный спирт;
4. по возможности провести ингаляцию кислорода;
5. при необходимости сделать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца;

6. срочно доставить в лечебное учреждение.

Электротравма

Электротравма возникает при непосредственном или косвенном контакте человека с источником электроэнергии. Под влиянием тепла (джоулево тепло), образующегося при прохождении электрического тока по тканям тела, возникают ожоги. Электрический ток обычно вызывает глубокие ожоги. Все патологические нарушения, вызванные электротравмой, можно объяснить непосредственным воздействием электрического тока при прохождении его через ткани организма; побочными явлениями, вызываемыми при прохождении тока в окружающей среде вне организма.

Признаки. В результате непосредственного воздействия тока на организм возникают общие явления (расстройство деятельности центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.).

Побочные явления в окружающей среде (тепло, свет, звук) могут вызвать изменения в организме (ослепление и ожоги вольтовой дугой, повреждение органов слуха и др.).

При оказании **первой помощи** пораженным необходимо быстро освободить пораженного от действия электрического тока, используя подручные средства (сухую палку, веревку, доску и др. или умело перерубив (перерезав) подходящий к нему провод лопатой или топором, отключив сеть и др. Оказывающий помощь в целях самозащиты должен обмотать руки прорезиненной материей, сухой тканью, надеть резиновые перчатки, встать на сухую доску, деревянный щит и т.п. Пораженного следует брать за те части одежды, которые не прилегают непосредственно к телу (подол платья, полы пиджака, плаща, пальто).

Термический ожог

Термический ожог – это один из видов травмы, возникающей при воздействии на ткани организма высокой температуры. По характеру агента, вызвавшего ожог, последний может быть получен от воздействия светового излучения, пламени, кипятка, пара, горячего воздуха, электрического тока.

Ожоги могут быть самой разнообразной локализации (лицо, кисти рук, туловище, конечности) и занимать различную площадь. По глубине поражения ожоги подразделяют на 4 степени: I степень характеризуется гиперемией и отеком кожи, сопровождающемся жгучей болью; II степень – образование пузырей, заполненных прозрачной жидкостью желтоватого цвета; IIIа степень – распространением некроза на эпидермис;

Шб – некроз всех слоев кожи; IV степень – омертвление не только кожи, но и глубже лежащих тканей.

Первая помощь заключается в:

- прекращении действия травмирующего агента. Для этого необходимо сбросить загоревшуюся одежду, сбить с ног бегущего в горящей одежде, облить его водой, засыпать снегом, накрыть горящий участок одежды шинелью, пальто, одеялом, брезентом и т.п.;
- тушении горящей одежды или зажигательной смеси. При тушении напалма применяют сырую землю, глину, песок; погасить напалм водой можно лишь при погружении пострадавшего в воду;
- профилактике шока: введении (даче) обезболивающих средств;
- снятии (срезании) с пострадавших участков тела пораженного одежды;
- накладывании на обожженные поверхности асептической повязки (при помощи бинта, индивидуального перевязочного пакета, чистого полотенца, простыни, носового платка и т.п.);
- немедленном направлении в лечебное учреждение.

Эффективность само- и взаимопомощи зависит от того, насколько быстро пострадавший или окружающие его люди смогут сориентироваться в обстановке, использовать навыки и средства первой медицинской помощи.

Реанимационные действия заключаются в:

- проведении искусственного дыхания изо рта в рот или изо рта в нос;
- осуществлении закрытого массажа сердца.

Для снятия (уменьшения) боли пострадавшему вводят (дают) обезболивающий препарат. На область электрических ожогов накладывают асептическую повязку.

Травматический шок

Травматический шок — опасное для жизни осложнение тяжелых повреждений, характеризующееся расстройством деятельности центральной нервной системы, кровообращения, обмена веществ и других жизненно важных функций. Причиной шока могут быть однократные или повторные травмы. Особенно часто шок наступает при больших кровотечениях, в зимнее время — при охлаждении раненого.

В зависимости от времени появления признаков шока он может быть первичным и вторичным. Первичный шок проявляется в момент нанесения травмы или вскоре после нее. Вторичный шок может возникать после оказания помощи пострадавшему вследствие небрежной его транспортировки или плохой иммобилизации при переломах.

В развитии травматического шока различают две фазы — возбуждение и торможение. Фаза возбуждения развивается сразу же после травмы как ответная реакция организма на сильнейшие болевые раздражители. При этом пострадавший проявляет беспокойство, мечется от боли, кричит, просит о помощи. Эта фаза кратковременная (10—20 мин). Вслед за ней наступает торможение, при полном сознании пострадавший не просит о помощи, его жизненно важные функции угнетены: тело холодное, лицо бледное, пульс слабый, дыхание едва заметное.

Различают четыре степени травматического шока: легкую, средней тяжести, тяжелое шоковое состояние и крайне тяжелое шоковое состояние.

Первая помощь: уложить пострадавшего в положение ноги выше, голова ниже. Устранить причины, вызывающие нарушение дыхания (обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, зафиксировать язык при его западении, очистить рот, освободить шею и грудную клетку от стесняющей одежды, расстегнуть брючный пояс). Сделать искусственное дыхание методами «изо рта в рот» или «изо рта в нос». При проникающих ранениях грудной клетки немедленно прикрыть рану несколькими стерильными салфетками, зафиксировав их в грудной клетке. Остановить наружное кровотечение. При артериальном кровотечении наложить жгут, а при венозном и капиллярном — давящие повязки. В случае прекращения сердечной деятельности сделать непрямой массаж.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1



Первая реанимационная и первая медицинская помощь

ТЕХНИКА РЕАНИМАЦИИ

1

ПОКАЗАНИЯ К РЕАНИМАЦИИ

Слабый, угасающий пульс или его отсутствие; расширенные, не реагирующие на свет зрачки; редкое поверхностное дыхание или его отсутствие.

ПУЛЬС ОПРЕДЕЛЯЮТ НА СОННОЙ АРТЕРИИ. Согнутыми подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев на передней поверхности шеи выступающую часть хряща трахеи (кадык). Сдвинуть пальцы по краю кадыка в глубину тканей, между хрящом и мышцей, и осторожно надавить. Должно возникнуть ощущение как бы шарообразного уплотнения и пульсовых толчков.

ДЛЯ ПРОВЕРКИ СОСТОЯНИЯ ЗРАЧКОВ положить кисть руки на лоб. Большим пальцем отвести верхнее веко. Открыть глаз ладонью и резко отнять ее. Если есть реакция на свет, зрачок сужится.

ПОДГОТОВКА К РЕАНИМАЦИИ

Пострадавшего уложить на жесткое основание, растелуть на нем водоник, ослабить галстук (у женщины - бюстгалтер). Быстро и осторожно прогнуть заднюю поверхность шеи - ровно ли она. Наличие костных выступов свидетельствует о переломе шейных позвонков или повреждении черепной коробки. Тогда реанимация противопоказана.

ДЛЯ ЗАПРЯКИВАНИЯ ГОЛОВЫ займите место сбоку от пострадавшего. Положите руку на его лоб так, чтобы большой и указательный пальцы находились с обеих сторон носа. Другую руку подложите под шею.



Разнонаправленными движениями рук разогните шею, запрокиньте голову до упора. Чрезмерных усилий применять нельзя.

После запрокидывания головы рот пострадавшего обычно открывается. Если этого не произошло, действуйте одним из трех способов:

Первый способ



Большие пальцы расположите упором на подбородке, а остальные под нижней челюстью. Ладонями и частично с помощью предельной запрокиньте голову пострадавшего и зафиксируйте ее. Большим пальцами сместите нижнюю челюсть немного вперед и вверх - так, чтобы нижние передние зубы слегка выступали над верхними.

Второй способ



Положите кисть руки на лоб, запрокиньте голову. Большой палец другой руки введите в рот пострадавшего за основание нижней губы. Указательным пальцем и обхватите подбородок. Согнутыми остальными пальцами фиксируйте его в таком положении. Движением вниз отведите рот и одновременно немного выдвиньте нижнюю челюсть; рот откроется.

Третий способ



Откройте рот захватом нижней челюсти сбоку

Если дыхательные пути пострадавшего закупорены жерородными телами, поверните его на бок и основанием ладони сделайте 3 - 5 резких толчков между лопаток. При повороте пострадавшего лежа на спине расположите кисти рук одна на другой в верхней части его живота и нанесите 3 - 5 резких толчков в сторону пупка.



ЗАТЕМ ПРИСТУПАЮТ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ - ИВЛ

Если после 2 - 3 пробных вдохов воздуха в легкие не поступает, поверните голову пострадавшего набок, раскройте рот, зафиксируйте челюсти скрещенными большим и указательными пальцами. Указательный и средний пальцы другой руки оберните платком или бинтом и введите в рот. Тщательно, круговыми движениями очистите полость рта (используя сломанные зубы, протавы, рогатки массы и т.п.).

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ



Метод "рот в рот"

Метод "рот в нос"

Большим и указательным пальцами руки, фиксирующей лоб пострадавшего, плотно зажмите его нос. Наберите в легкие воздух, плотно прижмитесь ртом ко рту (плотно герметичность!) и резко вдуйте воздух в легкие. После раздувания легких - вдоха пострадавшего - рот освобождают и следят за самостоятельным пассивным выдохом. Не доходясь его окончания, проводите еще 3 - 5 вдохов. Исключать прокладку (марлю, платок) нельзя!

При правильной ИВЛ в легкие должны поступать каждый раз 0,8 - 1 л воздуха. Для этого спасателю надо сделать достаточно глубокий вдох. Частота раздувания легких должна составлять 8 - 12 раз в минуту (один вдох за 5 с).

Одной ладонью зафиксируйте голову пострадавшего, а другой обхватите его подбородок. Выдвиньте нижнюю челюсть немного вперед и плотно сомкните ее с верхней. Губы зажмите большим пальцем. Наберите в легкие воздух. Плотно обхватите губами основание носа пострадавшего, но так, чтобы не зажать носовые отверстия, и энергично вдуйте в него воздух. Освободите нос, следите за пассивным выдохом.

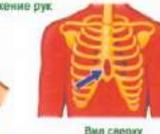
Если при ИВЛ стенка груди пострадавшего не приподнималась, значит воздух попал не в легкие, а в желудок. Быстро поверните пострадавшего на бок и надавите на область желудка. Воздух выйдет, и можно продолжать оказывать помощь.

Ошибки при ИВЛ: отсутствие герметичности между ртом спасателя и ртом или носом пострадавшего; при методе "рот в рот" недостаточно зажат нос пострадавшего; не до конца запрокинута голова пострадавшего, и воздух попадает в желудок.

НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА

Если после 3 - 5 искусственных вдохов пульс пострадавшего на сонной артерии не появился, немедленно начинайте наружный массаж сердца.

ЦИКЛ:	Удар в область сердца	Проверка эффективности	Массажные толчки
-------	-----------------------	------------------------	------------------



Удар наносит кулаком в среднюю часть грудины с высоты 20 - 30 см. Сразу же проверяют пульс. При выполнении массажных толчков спасатель должен выпрямить руки в локтях. В конце каждого толчка сжатие задерживают на 0,7 - 0,8 с. Прогиб грудины должен составлять 4 см, а темп массажа 100 толчков в минуту.

МАССАЖНЫЕ ТОЛЧКИ выполняют скрещенными ладонями. Основание одной из них располагают на нижней половине грудины (отсутствия два пальца выше мечевидного отростка), пальцы отогнуты вверх. Другую ладонь кладут поверх и делают быстрые надавливания - толчки. Необходимо постоянно контролировать пульс на сонной артерии

РЕАНИМАЦИОННЫЙ ЦИКЛ "ИВЛ-МАССАЖ"

Один спасатель выполняет в соотношении 2 : 15, т.е. после 2-х вдохов следует 15 массажных толчков

РЕАНИМАЦИЯ ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ

Соотношение искусственных вдохов с массажными толчками должно составлять 2 : 5

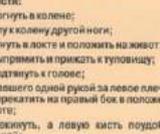
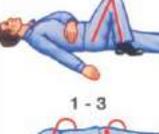


Нельзя выполнять искусственный вдох ОДНОВРЕМЕННО с массажным толчком

Первый (ведущий) опускается на колени возле головы пострадавшего, второй у груди. Первый выполняет диагностику, подготовку к реанимации, ИВЛ (частота 8 - 12 вдохов в минуту), контролирует пульс и состояние зрачков. Второй по команде первого начинает наружный массаж сердца, который чередуется с ИВЛ, проводимой первым спасателем. При необходимости второму спасателю поручают остановить кровотечение или вызвать врача, а реанимирует в это время занимается первый спасатель.

ПРИЗНАКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ: пульс хорошо прослушивается, зрачки сужаются, кожные покровы розовеют

После восстановления жизнедеятельности пострадавшего надо из положения лежа на спине повернуть на правый бок. Иначе западает язык и наступает самоудушение



1 - 3

4

5 - 6

7 - 8

За пострадавшим продолжают наблюдать. Периодически контролируют пульс и состояние зрачков



Первая реанимационная и первая медицинская помощь.

ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

2

НИЗКОВОЛЬТНАЯ (напряжение до 1000 В)

При электротравмах имеют значение показатели тока, состояние пострадавшего, влажность его кожи, сырость помещения, грунта.

ВЫСОКОВОЛЬТНАЯ (напряжение свыше 1000 В)

Это наиболее часто поражение промышленным и бытовым током при напряжении 42 - 380 В. Оно может привести к смерти от удушья, остановке сердца и кровообращения. Тяжесть электротравмы зависит от силы тока и продолжительности его воздействия.

Это поражение током при напряжении свыше 1000 В, а также атмосферным электричеством. Такая электротравма сопровождается тяжелыми ожогами не только кожи, но и глубоко расположенных тканей: мышц, костей, внутренних органов, вплоть до их обугливания. Наряду с глубоким кровоизлиянием, переломами костей. Внешне эти проявления незаметны, однако впоследствии состояние пострадавшего может резко ухудшиться.

ТОК, мА	Симптомы при захвате оголенного проводника рукой
3-5	Раздражающее действие тока ощущается всей кистью
8-10	Боль резко усиливается, охватывает всю руку. Непроизвольное сокращение мышц
10-15	Боль ода переносима. Невозможно разжать руку (естественный ток)
25-50	Мощное сокращение дыхательных мышц, затруднение и прекращение дыхания, клиническая смерть
50-200	Возможна остановка сердца
Более 200	Остановка сердца и дыхания

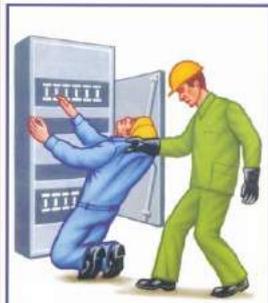
- НЕОБХОДИМО КАК МОЖНО БЫСТРЕЕ**
- ОТКЛЮЧИТЬ РУБИЛЬНИК, ВЫКЛЮЧАТЕЛЬ
 - РАЗОМКНУТЬ ШТЕПСЕЛЬНОЕ СОЕДИНЕНИЕ
 - ВЫВЕРНУТЬ ПРОБКИ
 - УДАЛИТЬ ПРЕДОХРАНИТЕЛИ И Т.П.

Если быстро отключить электростанцию невозможно, спасатель, прежде чем присосунуться к пострадавшему, обязан защититься от поражения электрическим током, используя следующие меры:



СПОСОБЫ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ТОВОДЕУЩЕГО ЭЛЕМЕНТА

- Любым сухим предметом, не проводящим ток палкой, доской, канатом и т.д.
- Оттянуть пострадавшего за воротник или полу одежды.
- Перерубить провод топором с сухим деревянным топорищем
- Перекусить (каждую фазу отдельно) кусачками с изолированными рукоятками.



ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ПРОВОДНИКА ПОСТРАДАВШЕМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОМОЩЬ:

- при клинической смерти - первая реанимационная помощь в полном объеме;
- при отсутствии клинической смерти - первая медицинская помощь по показаниям;
- обеспечение полного покоя; вызов скорой медицинской помощи;
- госпитализация.



При ожогах осторожно разрезают обугленную одежду ножницами, обработанными в спирте. На ожоговую рану накладывают стерильную повязку из тщательно проглаженной утюгом салфетки, кукуи протычки, ватно-марлевую.

ЗАПРЕЩАЕТСЯ касаться ожоговой раны пальцами или каким-либо предметом, удалять обугленные участки кожи, вскрывать пузыри!

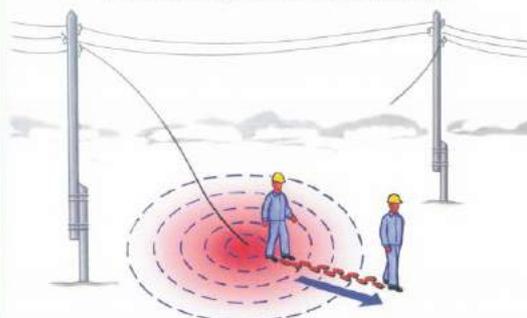
При глубоких и обширных ожогах, обугливаниях тканей с переломами костей пострадавшего срочно эвакуируют в лечебное учреждение. Необходимо соблюдать правила транспортной иммобилизации, обеспечить адекватный режим доставки и постоянный контроль.

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ТОВОДЕУЩЕГО ЭЛЕМЕНТА



Спасатель должен надеть диэлектрические боты, работать в диэлектрических перчатках. Действовать необходимо изолирующей штангой или изолирующими клещами, рассчитанными на соответствующее напряжение. Остальные меры предосторожности те же, что и при низковольтной травме.

ПРАВИЛА ВЫХОДА ИЗ ЗОНЫ РАСТЕКАНИЯ ТОКА



Если токоведущий элемент лежит на земле, возникает опасность выхода из зоны опасности шагового напряжения. Двигаясь в зоне растекания тока следует короткими шагами, использовать диэлектрические перчатки, ноги без отрыва хит от земли и одной ступни голыми и коврики, сушо доски.

ТРАВМА ПРИ РАБОТЕ НА ВОЗДУШНЫХ ЛИНИЯХ (5 - 20 кВ)

При клинической смерти и невозможности быстро спустить пострадавшего с опоры (башмак, во время поворота) реанимацию проводят непосредственно на опоре, раскосяк, трансраек воздушной линии. Помощь оказывают по одному из вариантов:

- польский цикл реанимации на опоре и спуск на грунт после восстановления у пострадавшего устойчивого самостоятельного дыхания;
- начало реанимации на опоре, продолжение ее во время спуска и на грунте или вазведствие.

РЕАНИМАЦИЯ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ

Особенность реанимации на опоре - вынужденное вертикальное положение пострадавшего и спасателя. Спасатель занимает исходное положение на опоре, проверяет физическое состояние пострадавшего на себе и на пострадавшем. Если пострадавший имеет головной вник, его обязательно переворачивают в нормальное положение.

Положение рук спасателя при проведении наружного массажа сердца



РЕАНИМАЦИЯ ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ

Важно их правильное расположение. Первый спасатель как бы нагибает над пострадавшим и проводит искусственную вентиляцию легких методом "рот в рот". Второй, находясь сзади пострадавшего, делает наружный массаж сердца (особенно важно правильное положение рук).

После восстановления устойчивого самостоятельного дыхания и кровообращения пострадавшего необходимо госпитализировать. Нельзя позволить ему двигаться даже при удовлетворительном состоянии.





Первая реанимационная и первая медицинская помощь

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

3

НАРУЖНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ
 Признаки: кровь ярко-красная, часто фонтанирует пульсирующей струей

РАСПОЛОЖЕНИЕ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ АРТЕРИЙ
 Артерию выше места ранения зажмите пальцем. Второй спасатель в это время готовит средства для остановки кровотечения

Сонной Подключичной Наружной челюстной
 Височной Подмышечной Плечевой

НАРУЖНОЕ ВЕЗУВНОЕ
 Признаки: кровь тёмно-красная, вытекает вялой струей из периферической части сосуда

Особенно опасны ранения шеи из-за возможного попадания воздуха в вены (приводит к параличу и смерти)

Для временной остановки кровотечения сдавите концы раны и сдавите ткань.

На рану наложите стерильную салфетку, а поверх нее вдоль оси конечности плотный валик из материи.

Бинт, немалого расстояния, наложите из валик и сделайте закрепляющие узлы.

При ранении шеи сдавливайте кожу вокруг гемостатизирует эластичной или полимерной лентой.

Бедренной Наложение давящей повязки на артерию предплечья

МОЖНО ТАКЖЕ ФИКСИРОВАТЬ КОНЕЧНОСТЬ ДЛЯ СДАВЛИВАНИЯ СОСУДОВ

Валик

Закрепить руку или ногу бинтом, сделав валик. Сильно, до отказа, согнуть конечность над ее любой частью, вложить его в локоть, этот валиком. В таком положении согнутой образуется при сгибании сустава, ногу или руку свесить или привязать к расположенного выше места ранения.

ПРИ СИЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НАЛОЖИТЕ ЖГУТ

- Используйте стандартные резиновые жгуты Эсмарха, латексные, матерчатый жгут-закрутку или подручные средства: резиновую трубку, ремень, шарф и т.п.
- Жгут накладывают выше места ранения сосуда на верхнюю треть плеча (на среднюю треть ливля) или на любой участок бедра. Обязателен контроль пульса на периферийной конечности.
- Давление от жгута должно быть достаточным для остановки кровотечения. Следует убедиться в отсутствии пульса.
- Время нахождения жгута на конечности не более 1,5-2ч, а в холоде - до 1ч.
- Через каждые полчаса-час жгут нужно распускать на несколько минут (на это время сосуда выше жгута пережимают пальцем). Вращая от жгута на себе слегка массируйте. Затем жгут наложите вновь, немного выше прежнего положения.
- Пострадавшего госпитализируют. К жгуту обязательно прикрепляют памятку с указанием даты, времени наложения, фамилии спасателя.

1 Прокладка 2 Жгут подводят под конечность, умеренно растягивают и зафиксировать один ход на локте. Начальный строк жгута остается свободным.

3 Сделайте еще 2-3 хода, причем каждый последний накладываете рядом с предыдущим - вплотную, но не поверх него.

4 Застежка Жгут накладывают до остановки кровотечения, постоянно контролируя пульс. Последних 1-2 хода делают поверх предыдущих. Концы ленточного жгута склеивают с начальным отрезком. Целую ленту жгута застегивают на крючок.

КРОМЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ, СЛУЖАЩЕЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, НАКЛАДЫВАЮТСЯ ПОВЯЗКИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДОВ: (цифрами указана очередность ходов бинта)

Циркулярная при повреждении носа и подбородка
 Тraction при повреждении носа и подбородка
 Черепаха для фиксации предплечья
 Восьмиобразная при травмах голеностопного сустава
 Колосовидная при травмах лодыжки и верхней трети бедра
 Крестообразная при травмах лопатки или затылка

ВНУТРЕННЕЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Возникает при травмах головы, груди, живота, при лодыжной болезни желудка, кишечника. Симптомы: головокружение, одышка, быстрая утомляемость, шум в ушах, жажда, потемнение в глазах. Возможна потеря сознания. При травмах живота (разрывов желудка, кишечника, печени) и лодыжной болезни резкие боли, рвота с кровью, черная стул. При травмах груди - боль при дыхании, одышка, кашель.

Пострадавшему необходим полный покой

Кровотечение	Оказываемая помощь
В брюшную полость	Пострадавшего уложить на спину, на живот положить лёд
В грудную полость	Положение пострадавшего должно быть полусидячим
Из полости рта	Пострадавшего уложить на живот, голову повернуть в сторону
Из носа	Положить ватку на основание носа и по бокам. Сжать пальцами лодыжки на время 2-20 мин.

ОТКРЫТЫЕ РАНЫ

Касаясь ран руками или какими-либо инструментами, удалять инородные тела с их поверхности нельзя! Грязь с окружающей рану частью кожи устранил в направлении от раны. Кожу обрабатывают 3%-ным раствором йода. Рану закрывают стерильной салфеткой или куском бинта, накладывают анти-маршевую повязку и забинтовывают.

ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Запрещается дотрагиваться пострадавшему пальцем
 Нельзя вправлять выпавшие органы

ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ ГРУДИ

Наложить стерильную салфетку. Примерно около 5 см от краев раны нанести узкую полоску вазелина. Поверх салфетки положить кусок чистой клеенки так, чтобы его центр накрыл полосу вазелина. На выдохе наложить широкие ходы бинта, закрепляющие повязку.

ОСТРАЯ МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ

Возникает в результате наружных кровотечений при тяжелых травмах: переломах крупных костей, разрывах крупных артерий; а также внутренних кровотечениях. У пострадавшего ухудшается кровообращение мозга и сердца, развивается шок.

- важный покой, постельный режим; ноги пострадавшего приподнять под углом около 15°, удобно опереть их. Голову положить горизонтально. Остановить кровотечения;
- если нет травм брюшной полости и раны, периодически давать по 1 - 1,5 стакана теплого соляного раствора (по 1 чайной ложке соли и соды на 1 л воды); 1 - 2 таблетки размельченного магнезия лодыжки;
- наложить повязки на раны. При переломах костей - транспортные иммобилизации. Согреть, срочно госпитализировать.



ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ

4

Различают переломы изолированные (одной кости), множественные (двух костей и более), сочетанные (одной или несколькими костями с одновременными повреждениями внутренних органов), а также закрытые и открытые.

ВНИМАНИЕ! При открытом переломе необходимо обмыть конечность, оставить наружное кровотечение, обработать края раны и наложить на нее стерильную повязку. Касаться раны, вправлять отломки кости, удалять осколки и инородные тела нельзя!

Перелом любого типа требует доставки пострадавшего в больницу. Этому должна предшествовать транспортная иммобилизация, т.е. обезвреживание поврежденного участка тела.

ЦЕЛИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ - предупреждение развития шока, покоя для поврежденной конечности, обезвреживание отломков кости, профилактика вторичных травм сосудов, нервов, мягких тканей.

Используются следующие технические средства:

- стандартная проволочная лестничная шина Крамера размером 10 x 110 и 10 x 90 см. Предварительно ее обкладывают ватой и закрепляют кожей бинта;
- деревянная шина Дитерихса (при переломе костей нижней конечности);
- деревянный щит (при переломах позвоночника и костей таза).

При отсутствии стандартных шин применяют любые подручные средства - узкие доски, лыжи, палки, а для фиксации - носки из плотной ткани, жгуты, веревки. За минимизацию других средств обезвреживание верхней конечности достигается фиксацией ее к туловищу, а нижней - к здоровой ноге.

ФИКСИРУЮТ НЕ МЕНЕЕ ДВУХ СУСТАВОВ С ОБЕИХ СТОРОН ОТ ПЕРЕЛОМА, НА ПЛЕЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ КОСТЯХ - НЕ МЕНЕЕ ТРЕХ. СУСТАВЫ И КОСТНЫЕ ВЫСТУПЫ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ОБКЛАДЫВАЮТ ВАТНО-МАРЛЕВЫМИ ПРОКЛАДКАМИ ИЛИ ВЕЩЬЮ, НЕ ДОПУСКАЯ СКЛАДОК И НЕРОВНОСТЕЙ, И ЗАКРЕПЛЯЮТ ИХ БИНТОМ. ЗАТЕМ НАКЛАДЫВАЮТ ШИНЫ.

При закрытом переломе шины накладывают непосредственно на одежду, расправляя на ней складки и освободив карманы.

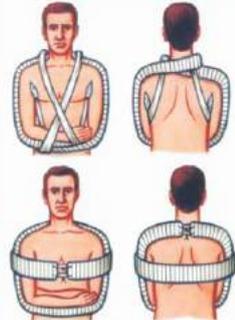
В холодное время надо утеплить пострадавшего, особенно его конечности. Для обезвреживания дают под язык измельченные 1-2 таблетки вальгана.

ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ, ПЛЕЧЕВОЙ ПОЯС



Предлечье зафиксировать под углом 90°. Кисть пострадавшего должна быть немного отклонена в тыльную сторону, пальцы полусогнуты. В кисть вложить плотный ватно-марлевый валик.

Положение конечностей и шин Крамера при множественном переломе



Предлечья, согнутые под углом 90°, расположить рядом, правое перед левым, на splinted шинках, закреплённых спереди и сзади и подвешенных к шее на передних петлях. Обе шины фиксируют третьей, горизонтальной шиной, расположенной чуть выше средней трети плеча.

ФИКСАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ШИНЫ



Повязка Дезо

Пострадавший при переломе РЕБЕРА должен сделать выдох, и в этот момент на нижнюю часть грудной клетки наложить круговую повязку из широкого бинта, местного полотенца или шарфа. Можно использовать лейкопластырь шириной не менее 10 см. При переломе ребер, ребер дополнительно наложить вертикальную повязку из широкого бинта через предплечье на стороне травмы.

Для фиксации сломанной КЛЮЧИЦЫ изготовить два кольца из плотных ватно-марлевых или матерчатых жгутов толщиной 3 см и длиной 70 см. Кольца надеть на предплечья через подмышечные впадины. Пострадавший должен выпрямиться, расправить плечи, голову развернуть не наружу. В этом положении кольца прочно свяжите в межлопаточной области. Под ухом подложите вату.

ГОЛЕНЬ, ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ, СТОПА



Перелом одной кости голени

Перелом обеих костей голени, растяжение связок голеностопного сустава, стопы

Накладывает одну шину по задней поверхности. Стопу фиксируют под углом 90°

Перелом голеностопного сустава, стопы

Используют три шины Крамера или три палки. Накладывают шины по наружной, тыльной и внутренней поверхностям голени от коленного сустава до пятки и на 5-10 см дальше. Фиксируют шины, голень и стопу (под углом 90°).

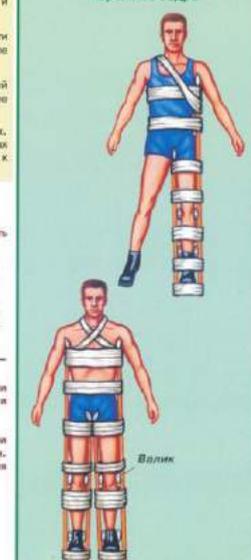
БЕДРЕННАЯ КОСТЬ

Фиксируют три сустава - тазобедренный, коленный и голеностопный. Требуется три шины:

- наружная - от подмышечной впадины до стопы и несколько дальше (по двум-трем шинам Крамера);
- задняя - от ягодичной складки вдоль задней поверхности бедра до стопы и далее с поворотом шины на 90° в стопе немного дальше пальца;
- внутренняя - от паховой области вдоль внутренней поверхности бедра до стопы и далее под углом 90° до ее наружного края.

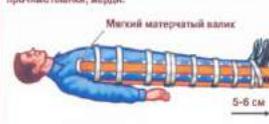
Наружные шины фиксируют к туловищу в нескольких местах. Все три шины фиксируют к бедру и голени в верхней трети и области голеностопного сустава. Стопу прибинтовывают к шинам перекрестно.

Иммобилизация при множественном переломе бедра



Иммобилизация планками

Для иммобилизации бедра можно также использовать прочные планки, веревки:



При отсутствии бинтов их заворачивают 8-9 лентами или полосами прочной ткани. Можно использовать ремни и шпур (обязательно с прокладкой из мягкой ткани).

Стопу располагают под углом 90° к оси и фиксируют к голени и шинам перекрестными жгутами или полосой из ткани. При множественных переломах бедра принцип наложения шин тот же.

Иммобилизация на здоровой конечности



ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА. Накладывают три шины Крамера или три планки вдоль задней поверхности ноги - от верхней трети бедра до голеностопного сустава. При переломах надколенника, колених переломах других костей можно ограничиться одной шиной.

ПОЗВОНОЧНИК

ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА требуют особенно бережного, аккуратного обращения с пострадавшим. При его перемещении и укладке позвоночник не должен провисать в зоне перелома, иначе возможна травма спинного мозга, паралич.

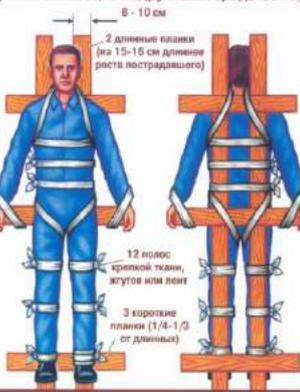
Перелом шейных позвонков



При фиксации ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА нельзя чтобы пострадавший запрокидывал голову, это смертельно опасно. Спасатель действует с плащоматом, который обезвреживает среднее положение головы и шеи. Бинт по оси для фиксации ватой и осторожно к ней в 2 м в 2 м от центра ушей и в перекрестно-нависшем жгутами, создавая ватно-марлевый воротник. Нельзя допускать сдвигания осевых отделов. Пострадавшего размещают на деревянном щите и транспортируют, наблюдая за его состоянием.

Пострадавшего укладывают на шит или иммобилизуют подручными средствами. Короткие планки прикладывают к задним краям на уровне плечей, таз и стоп. На эту крестовину осторожно укладывают пострадавшего и фиксируют матерчатыми полосками в области груди, живота, бедер, голени, голеностопных суставов, стоп и кистей. Таз фиксируют к средней перекладке жгутами волос через промежуток, а надплечья и кисти рук - к верхней косынке жгутами.

Перелом грудного и поясничного отделов, крестца (иммобилизация подручными средствами)



В - 10 см
2 длинные планки (на 15-16 см длиннее роста пострадавшего)
12 полос кровельной ткани, жгутов или ват
3 короткие планки (1/4-1/3 от длины)



Первая реанимационная и первая медицинская помощь.

ПЕРЕНОС ПОСТРАДАВШИХ

5

ПЕРЕНОС ОДИМ СПАСАТЕЛЕМ

Лямка войсковая длина 360 см
 Ремень: 4,5 см
 Планка
 Пряжка

На лямке
 Лямка обхватывает левое плечо спасателя и правое плечо, лядицам, правое бедро пострадавшего.

Спереди

Волоком

На спине

На плече при бессознательном состоянии пострадавшего

ПЕРЕНОС ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ

На лямке друг за другом
 Спасатели располагаются в затылок друг другу

На лямке рядом
 Спасатели располагаются бок о бок

На замке из трех рук

Друг за другом

На шесте
 Попарно связанные концы простыни или брезента
 Лямка или ремень на уровне плеч пострадавшего
 ПЕРЕНОС - ногами вперед

На замке из четырех рук

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПЕРЕДВИЖЕНИЕ пострадавшего при шоке (травматическом шоке), травмах головы, позвоночника, нижних конечностей, таза **ЗАПРЕЩЕНО**. Переносить его можно только после выведения из терминального состояния, восстановления устойчивого дыхания и пульса.

НОСИЛКИ ИЗ ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТВ

2 жерди длиной 2,5 м диаметром 5-7 см

Пара рубаш, кушток, лядкакон или бушлаток, застегнутых на все пуговицы

2 штанги

Шнур, бечка или лямки

Носилки-стул

Носилки из шидка

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОСИЛОК

Укладывают пострадавшего на носилки два спасателя. Носилки ставят справа от пострадавшего. Оба спасателя опускаются на колени - первый на уровне плеч, второй у колени пострадавшего.

Спасатели должны идти короткими шагами, но в ногу, избегая сотрясения носилок. Находящийся у головы спасатель контролирует состояние пострадавшего, повороты, попятки, шнур, шнурок.

НОГАМИ ВПЕРЕД

Для облегчения используйте ремни или лямки, надеваемые на плечи спасателей

ГОЛОВОЙ ВПЕРЕД

Первый спасатель левой рукой захватывает грудь пострадавшего, а правой фиксирует голову. Второй спасатель левой рукой захватывает голени пострадавшего сверху, а правой его бедро снизу. По команде первого спасателя осторожно поднимите пострадавшего на уровень носилок, а затем по второй команде опустите на них.

Если пострадавший в тяжелом состоянии, его переносят головой вперед. Тогда третий спасатель (медицинский работник) следит за состоянием пострадавшего и одновременно делает ему внутрисосудистое вливание соответствующих лечебных растворов.

ГОЛОВОЙ ВПЕРЕД

НОГАМИ ВПЕРЕД

По горизонтальной поверхности и при спуске, например по лестнице, переносите пострадавшего ногами вперед, а при подъеме - головой вперед.

ПОВРЕЖДЕНИЕ	ПОЛОЖЕНИЕ НА НОСИЛКАХ
Ранения, ожоги нижних конечностей, травмы позвоночника и боковых стенок туловища. При переломах позвоночника - на шите.	На спине горизонтально
Травмы головы, мозга, открытые переломы черепа, если сознание сохранено и симптоматика шока нет	Голова приподнята
Открытый перелом черепа	Голова и туловище приподняты 10 - 15°
Тяжелый шок или угроза его развития	Ноги выше головы 10 - 15°
Массивная кровопотеря, шок, угроза развития шока или клиническая смерть	Ноги приподняты
Повреждение органов грудной полости, особенно при острой дыхательной недостаточности; травмы лица, глаз, челюстей, шеи, груди; переломы костей рук, если нет угрозы шока	Сидя или полулежа
Переломы костей таза, травмы живота	Голова на уровне плеч Возвышенное положение бедер и между ног Фиксирование бедер, лодыжек, ступней
Переломы позвоночника с закрытой или раненой спиной (на шите). Ранения живота, носа, лица с кровотечением	Голова повернута на бок
После выведения из тяжелого шока, терминальных состояний, при потере сознания	Лежа на боку



Первая реанимационная и первая медицинская помощь

ОЖОГИ, ОТРАВЛЕНИЯ, ОБМОРОЖЕНИЯ

6

ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ

СИМПТОМЫ
 I степени - боль, покраснение кожи, отек;
 II степени - боль, покраснение кожи, отек, пузыри;
 III степени - крупные пузыри с кровянистой жидкостью, серые или желтоватые струны (могут быть плотными, сморщенными);
 IV степени - кровянистые или черные плотные струны, обугливание кожи, мышц, сухожилий, костей.

ЗАПРЕЩАЕТСЯ:
 • прикладывать к месту ожога;
 • промакивать, вскрывать пузыри;
 • обрабатывать место ожога маслом, жиром, кремом, мазями и т.п.

Дать обезболивающих (1 - 2 размыленных таблетки анальгина под язык)

Быстро вынести пострадавшего из зоны пожара, сбрызнуть обгоревшую одежду пламями брезента, влажной материей, кошмой, песком. НЕ ДОПУСКАТЬ, чтобы человек в горящей одежде бежал. Ветер раздувает пламя и усиливает ожог!

При ожоге I степени немедленно начать охлаждение места ожога водой (не менее 10 - 15 минут). Можно приложить лед.

Срезать ту часть обгоревшей одежды, которая отслаивается. Сбривать ще не жалеть. Если обгоревшая одежда прилегла к месту ожога, ее не удаляют, и стерильную повязку накладывают поверх. Если обожжено лицо, повязку на него накладывают сразу же.

Ножницы - простерилизовать!

Края обожженной кожи обрабатывать спиртом, водой и т.п. и наложить стерильную повязку.

**Если нет раны, дать пострадавшему обильное солевое питье:
 • 1 чайная ложка соли;
 • 1 литр воды.**

Пить не менее двух стаканов в час

При тяжелых и обширных ожогах забрать пострадавшего в чистую простыню, укрыть теплее и создать покой в ожидании врача.

ОБМОРОЖЕНИЕ

Расширить обмороженное место чем-либо, особенно снегом, выгрузить пострадавшего конечность в теплую воду, а также смазывать жиром и мазями НЕЛЬЗЯ!
 Работать только отогревать обмороженное место теплыми руками или теплой мягкой тканью от периферии к туловищу. Массировать можно руками или куском мягкой ткани до появления розовой окраски кожи. На обмороженный участок тела наложить стерильную повязку или стерильной компресс. Укрыть пораженное место теплоизолирующей повязкой с большим количеством ваты или одеждой, теплыми шапкой. Следует дать пострадавшему 1-2 таблетки аспирина или анальгина, а также горячий чай, кофе.

СИМПТОМЫ
 I степени
 Кожа бледная, онемевшая, потеря чувствительности;
 II степени
 Омертвление поверхностных слоев кожи: пузыри, наполненные прозрачной жидкостью;
 III степени
 Омертвление всех слоев кожи и мышц тканей на различную глубину; пузыри наполнены темной-красной или бурой жидкостью;
 IV степени
 Омертвление всех тканей и костей; пузыри с черной жидкостью.

ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ОБМОРОЖЕНИЯХ НЕОБХОДИМА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Массаж **Компресс** **Наложение стерильной повязки**

ОБМОРОК

В предобморочном состоянии пострадавший падает на вышележащее головокружное, тошноту, ощущение жжения кислорода, потемнение в глазах. Уложите его так, чтобы голова находилась ниже туловища, поскольку при обмороке организм приток крови к мозгу. Расстегните на пострадавшем воротник, бретерный ремень, обеспечьте приток свежего воздуха. Лед и спирт запрещены! Если обморок не проходит, дайте понюхать нашатырный спирт. Так же следует действовать, если обморок уже наступил. Он длится от нескольких секунд до нескольких минут, затем сознание восстанавливается. При длительной потере сознания необходима оказание реанимационной помощи.

Положение пострадавшего: голова ниже туловища

ТЕПЛОВОЙ (СОЛНЕЧНЫЙ) УДАР

Происходит прилив крови к мозгу. Пострадавший чувствует слабость, дрожь, головную боль, тошноту. Температура тела повышается до 40 - 41°C. Возможны потеря сознания, судороги, бред, возбуждение.

Вынесите пострадавшего из жаркого помещения в прохладное место или уложите с солончелка в тень. Уложите так, чтобы голова была выше туловища. Снимите с него верхнюю одежду, оберните простыней и обильно орошайте холодной водой. На голову можно положить лед. Пить пострадавшего холодным чаем или подсоленной водой.

Когда температура тела пострадавшего снизится до 37°C, обложить прохладой и обернуть его сухой простыней.

Положение пострадавшего: голова выше туловища

ПОПАДАНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ГЛАЗ

Уложите пострадавшего, нападками исторжи. При попадании пострадавшего тела в глаз немедленно раздвиньте веки. Проверьте, нет ли поврежден его головку набок в сторону прилегающих ранений, горящих осколков, травмированного глаза, одежды под глаз щипцами, пинцетом. При проникновении ранения небольшую ваточку, платочек прижмите ее к лицу и удалите инородное тело и промойте глаз осторожно напористой струей сверху вниз. После задерживается. Наложите на глаз стерильную увлажненную салфетку или наложите на глаз салфетку, затем повязку и срочно госпитализируйте пострадавшего.

Если проникновение ранения нет, промойте глаз можно сделать ванночку в чистую небольшую глаз в течение не менее 10 мин струей воды из сосуда (вазелина, до миска), тогда на стакан или питьевой-фонтанчик. Тереть глаз прилегающей к глазу. Инородное тело может выйти во время мытья в воде.

Проверка состояния глаза **Промывание глаза** **Наложение стерильной повязки**

ВНИМАНИЕ: ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ГАЗАМИ ИСКУССТВЕННУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ МОЖНО ПРОВОДИТЬ ТОЛЬКО ВНЕ ЗАРАЖЕННОЙ ЗОНЫ

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ХЛОРОМ

Глаза, рот и нос пострадавшего промойте 2%-ным раствором соды. Одному подвергают дегазации. При кашле, одышке, поминании губ дайте пострадавшему кислородную подушку.

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АММИАКОМ

Дать пострадавшему вдыхать теплые водяные пары (лучше с добавлением уксуса или нескольких кристаллов лимонной кислоты). Тщательно промыть глаза водой.

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФТОРОСОДЕРЖАЩИМИ РЕАГЕНТАМИ

Промойте желудок 2%-ным раствором соды и дайте выпить смесь из яичных желтков и стакана молока.

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ КОЖИ

Важно как можно быстрее уменьшить концентрацию химического вещества и время его воздействия. Раздробите и удалите слезные выделения. Пораженное место промойте большим количеством проточной холодной воды в течение 15 - 20 мин. Старайтесь, чтобы отработавшая вода не попала на другие участки тела или на самого спасателя. Зону ожога обработайте нейтрализующим раствором (примочка), промойте тампоном или ватой и наложите стерильную повязку.

НЕЙТРАЛИЗУЮЩИЕ РАСТВОРЫ ПРИ ОЖОГАХ:

- кислотам - 1 чайная ложка питьевой соды на стакан воды;
- щелочам - 1 чайная ложка борной кислоты на стакан воды или столовый уксус пополам с водой.

При попадании на кожу фосфорорганических соединений обильно промойте ее 2 - 3%-ным раствором соды.

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ГЛАЗ

Чистыми пальцами раздвиньте веки пострадавшего. Осторожно, стерильным тампоном удалите остатки химического вещества (без каких-либо усилий). Обильно промойте глаз, не допуская, чтобы использованная вода попала на другие части лица, на спасателя.

Наложите стерильную повязку и срочно госпитализируйте пострадавшего.

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА

- немедленно вызовите врача.
- при рвоте дайте выпить не более 2 - 3 стаканов чистой воды.
- полезно пить молоко, вичные белки, растворенный крахмал.

ОТРАВЛЕНИЕ ЯДАМИ, ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Действие спасателя:

- немедленно вызовите медицинскую помощь;
- при бессознательном состоянии уложите пострадавшего на бок; в случае клинической смерти оказайте реанимационную помощь;
- при отравлении четыреххлористым углеродом, дихлорэтаном, фенолом, бензином, анилином, нитробензолом, сантолином НЕЛЬЗЯ давать пострадавшему молоко, жирные масла, касторовое масло и т.д.;
- рвотные массы соберите в поллитровую банку;
- обильно промойте желудок водой (10 - 15 л) с тщательно размельченными активированным углем (2 столовые ложки на стакан воды). Вводите слабительное.

При попадании в пищевод щелочи или кислоты нельзя пытаться промыть желудок, вызвать рвоту или вводить нейтрализующие растворы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Булай, П.И. Первая помощь при травмах, несчастных случаях и некоторых заболеваниях: Крат. справ. / П.И. Булай. 3-е изд., доп. – Мн: Беларусь, 1989. – 78 с.
2. Гутковская, Е.Л. Психопрофилактика в школе: Пособие для педагогов, школьных психологов, студентов педагогических высших учебных заведений / Е.Л. Гутковская. – Мн: Бел. Наука, 2003. – 123 с.
3. Европейское руководство по оказанию первой помощи / отдел образования представительства Красного Креста бельгии во Фландрии; пер. Белорусское Общество Красного Креста. – Минск: ООО «Белсэнс», 2010. – 40 с.
4. Крюкова, М.А. Экстренная психологическая помощь: Практическое пособие / М.А. Крюкова, Т.И. Никитина, Ю.С. Сергеева. – М.: Изд-во НЦЭНАС, 2003. – 64 с.
5. Малкина-Пых, И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
6. Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология: учебник / Л.А. Пергаменщик. – Минск: Изд-во Вышэйшая школа, 2004. – 167 с.
7. Пергаменщик, Л.А. Психология травматического стресса / Л.А. Пергаменщик // Адукацыя і выхаванне. – 1993. – № 2. – с.62 -71.
8. Самоохранительное поведение [Электронный ресурс] / Студопедия. – Минск, 2012. – Режим доступа: https://studopedia.ru/1_74485_ponyatie-i-struktura-samosohranitelnogo-povedeniya.html – Дата доступа: 03.09.2018.
9. Тарасова, Е. Психологическая «скорая помощь» в условиях чрезвычайных ситуаций / Е. Тарасова // Психологи на b17.ru [Электронный ресурс]. 2011. Режим доступа: <http://www.b17.ru/article/>.
10. Хабилов, А.Р. Плакаты по оказанию первой реанимационной и первой медицинской помощи / А.Р. Хабилов // Блог-Инженера. РФ [Электронный ресурс]. 2011. Режим доступа: <http://блог-инженера.рф/scachat-fail/плакаты-по-оказанию-первой-помощи.html>
11. Хриптович, В.А. Профилактика суицидального поведения: учеб.-метод. пособие / В.А. Хриптович, А.Н. Сизанов. – Минск: РИВШ, 2010. – 48 с.
12. Черепанова Е.М. Психологический стресс: книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е.М. Черепанова. – М.: Издательский центр «Академия», 1996. – 96 с.
13. Черепанова, Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / Е.М. Черепанова. – Москва, 1995. – 34 с.
14. Шляпцева, М. Первая медицинская помощь при несчастных случаях и в экстремальных ситуациях / М. Шляпцева. – Кострома: ООО «Авенир-Дизайн», 2004. – 389 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Лекция «Самосохранительное поведение».....	4
Лекция «Помощь в экстремальных ситуациях».....	8
Лекция «Психология суицидального поведения».....	19
Семинар-практикум «Стресс. Борьба с переутомлением».....	30
Проект «Об этом должен знать каждый».....	36
Тренинг «Правила оказания первой доврачебной помощи».....	40
Приложения.....	56
Литература.....	63

Потапенко Ольга Владимировна
Сергейчук Ольга Владимировна
Цветкова Тамара Анатольевна

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Методическая разработка

Отпечатано в отделе издания учебно-методической литературы,
ризографии и художественно-оформительской деятельности БГСХА.
г. Горки, ул. Мичурина, 5.