



Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания  
Ярославской области  
Красноперекопский психоневрологический интернат

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ И ИНВАЛИДАМИ

**(гражданами, страдающими психическими  
расстройствами, маломобильными и  
тяжелобольными гражданами)**

*(в рамках реализации системы долговременного ухода)*



Ярославль, 2020

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Основные разделы программы	4
Учебно-тематический план	6
<b>Модуль 1. Понятие ухода и его значимость. Принципы долговременного ухода</b>	<b>8</b>
Тема 1.1. Общее понятие процесса ухода. Основные цели, задачи и принципы ухода.	8
Тема 1.2. Нормативно-правовые акты, регулирующие процесс ухода.	10
Тема 1.3. Принципы и модели долговременного ухода	10
Тема 1.4. Концепция Бобат: принципы и приемы.	12
<b>Модуль 2. Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений</b>	<b>15</b>
Тема 2.1. Измерение и запись жизненных показателей: АД, ЧСС, Т, ЧДД	15
Тема 2.2. Организация питания и питьевого режима.	17
Тема 2.3. Гигиенические процедуры	22
Тема 2.4. Нарушения процессов опорожнения.	29
Тема 2.5. Правила и принципы перемещения.	33
Тема 2.6. Причины образования пролежней, методы профилактики.	38
Тема 2.7. Профилактика контрактур и уход при контрактурах	39
Тема 2.8. Профилактика опрелостей и потницы	40
<b>Модуль 3. Технические средства реабилитации (ТСР) для граждан, нуждающихся в уходе</b>	<b>41</b>
<b>Модуль 4. Особенности взаимодействия с гражданами, нуждающимися в уходе и их социальным окружением</b>	<b>46</b>
Тема 4.1. Оценка психологического состояния гражданина	46
Тема 4.2. Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами	48
Тема 4.3. Этика общения с больными людьми	56
<b>Модуль 5. Формирование терапевтической среды (комфортных и безопасных условий) для пожилых людей и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания. Организация доступной среды.</b>	<b>60</b>
<b>Модуль 6. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников и родственников, осуществляющих уход</b>	<b>68</b>
Тема 6.1. Понятие эмоционального выгорания: причины, виды, первые симптомы.	68
Тема 6.2. Профилактика эмоционального выгорания.	70

## ВВЕДЕНИЕ

Методические рекомендации разработаны в целях организации обучения младшего и среднего медицинского персонала, сиделок, помощников по уходу, родственников, волонтеров, которые заняты в уходе за пожилыми людьми и инвалидами, утратившими способность к самообслуживанию, основным подходам к организации помощи, формированию комплекса практических навыков и умений, необходимых специалистам по уходу, для создания безопасных и эффективных условий жизнедеятельности данных категорий лиц.

**Целью программы обучения** является повышение уровня компетенции сотрудников учреждения, осуществляющих уход за пожилыми людьми и инвалидами, страдающими психическими расстройствами и имеющими ограниченные возможности, повышение качества и эффективности услуг по уходу за данной категории клиентов; обучение родственников (законным представителей) клиентов учреждения навыкам и основам ухода за пожилыми гражданами.

### **Задачи программы обучения:**

- обучение практическим навыкам и приемам ухода; профилактике осложнений заболеваний,
- обучение правилам пользования техническими средствами реабилитации;
- обучение правилам коммуникации с пожилыми людьми и инвалидами с различными заболеваниями, а также с их социальным окружением.

### **Целевая аудитория:**

- младший и средний медицинский персонал, сиделки, помощники по уходу;
- родственники (законные представители) пожилых людей и инвалидов;
- граждане (пожилые люди, инвалиды, граждане, трудоспособного возраста, не являющиеся инвалидами), желающие овладеть навыками ухода и самоухода;
- другие категории лиц (добровольцы и пр.).

### **Информационно-методические материалы, использованные для разработки Программы:**

- Уход за ослабленными пожилыми людьми. Методические рекомендации. - М., 2017. – 139 с.
- Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224с.
- Национальный стандарт РФ. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. ГОСТ Р 52623.3-2015. – М, 2015.
- Национальный стандарт РФ. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. ГОСТ Р 52623.4-2015. – М, 2015.

## ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ПРОГРАММЫ

### **Модуль 1. Понятие ухода и его значимость. Принципы долговременного ухода**

*Тема 1.1. Общее понятие процесса ухода. Основные цели, задачи и принципы ухода.*

*Тема 1.2. Нормативно-правовые акты, регулирующие процесс ухода.*

*Тема 1.3. Принципы и модели долговременного ухода.*

*Тема 1.4. Концепция Бобат: принципы и приемы.*

### **Модуль 2. Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений**

*Тема 2.1. Измерение и запись жизненных показателей*

Измерение артериального давления, температуры тела, частоты дыхания и пульса. Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями.

*Тема 2.2. Организация питания и питьевого режима*

Организация питания. Процесс кормления подопечного. Средства малой реабилитации при кормлении. Особенности приема пищи при нарушенном глотании. Особенности приема пищи при различных видах и типах ограниченной мобильности. Кормление лежачего пациента. Кормление частично мобильного пациента. Все, что необходимо знать о питьевом режиме.

*Тема 2.3. Гигиенические процедуры*

Гигиена и средства малой реабилитации содействия гигиене. Утренний (вечерний) туалет при различных видах и типах ограниченной мобильности. Уход за полостью рта, за зубными протезами, за ушами, за глазами, за полостью носа. Уход за волосами, бритье. Уход за кожей лица. Гигиена рук. Мытье ног в постели Уход за гениталиями. Смена постельного белья при различных видах и типах ограниченной мобильности (продольный и поперечный способ). Смена нательного белья и переодевание при различных видах и типах ограниченной мобильности. Мытье (в постели, в ванне, в душе).

*Тема 2.4. Нарушения процессов опорожнения*

Физиологические отправления. Абсорбирующее белье. Использование абсорбирующих прокладок, подгузников, правильность применения. Уход за мочевым катетером и колостомой.

*Тема 2.5. Правила и принципы перемещения*

Личная безопасность при перемещении подопечных. Различные виды перемещений: транспортировка на кресле-каталке; передвижение с ходунками; транспортировка с помощью подъемника. Техники помощи при перемещении и сопровождении: передвижение с поддержкой сзади (за плечи, за талию); передвижение с двусторонней помощью. Использование вспомогательного

оборудования для перемещения. Профилактика падений.

#### *Тема 2.6. Виды и понятие пролежней*

Причины и зоны риска образования пролежней. Методы профилактики, основные правила предотвращения пролежней.

#### *Тема 2.7. Профилактика контрактур и уход при контрактурах*

#### *Тема 2.8. Профилактика опрелостей и потницы*

### **Модуль 3. Технические средства реабилитации (ТСР) для граждан, нуждающихся в долговременном уходе**

Понятие, предназначение и виды ТСР. Основные правила подбора и пользования техническими средствами реабилитации для восстановления способности к передвижению. Индивидуальность подбора технических средств реабилитации с учетом социальных критериев человека с ограниченными возможностями здоровья.

Трости опорные. Основная функция трости. Модели трости. Правильный подбор трости по длине. Правила пользования тростью. Главные правила безопасности при использовании трости. Уход за тростью.

Костыли. Виды костылей. Как правильно передвигаться при помощи костылей. Как правильно сесть (встать) со стула, спускаться (подниматься) по лестнице на костылях.

Ходунки-опоры. Как правильно передвигаться, используя ходунки. Главные правила безопасности при использовании ходунков.

Кресла-коляски. Виды и функции кресел-колясок. Общие правила пользования креслом-коляской. Кресло-коляска с электрическим приводом. Самостоятельное управление инвалидной коляской. Сопровождение человека в инвалидной коляске. Основные приемы пользования кресло-коляской.

Поручни. Поручни с креплением на болтах. Поручни для лестниц, коридоров. Поручни для туалетных и ванных комнат. Поручни для пандусов и входных групп. Главные правила безопасности при использовании поручней.

Функциональные кровати. Виды и возможности функциональных кроватей. Виды и функции абсорбирующего нательного и постельного белья.

Противопролежневые средства.

### **Модуль 4. Особенности взаимодействия с гражданами, нуждающимися в долговременном уходе и их социальным окружением**

#### *Тема 4.1. Оценка психологического состояния гражданина*

Психологические и социальные изменения пожилого человека. Изменения психики в пожилом возрасте. Оценка степени удовлетворенности потребностей. Психологическая поддержка граждан, нуждающихся в уходе. Мотивация поддержания жизнедеятельности.

*Тема 4.2. Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами.*

#### *Тема 4.3. Этика общения с больными людьми*

Особенности общения с лицами пожилого возраста. Особенности общения с гражданами, имеющими различные нарушения (слух, зрение, опорно-двигательный аппарат, ментальные особенности).

**Модуль 5. Формирование терапевтической среды (комфортных и безопасных условий) для пожилых людей и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания. Организация доступной среды.**

**Модуль 6. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников и родственников, осуществляющих уход**

*Тема 6.1. Понятие эмоционального выгорания: причины, виды, первые симптомы.*

*Тема 6.2. Профилактика эмоционального выгорания.*

### ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Наименование модулей и тем	Всего час.
<b>1.</b>	<b>Модуль 1. Общее понятие процесса ухода. Нормативно-правовые основы организации долговременного ухода.</b>	<b>4</b>
1.1.	Общее понятие процесса ухода. Основные цели, задачи и принципы ухода.	1
1.2.	Нормативно-правовые акты, регулирующие процесс ухода.	1
1.3.	Принципы и модели долговременного ухода.	1
1.4.	Концепция Бобат: принципы и приемы	1
<b>2.</b>	<b>Модуль 2. Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений.</b>	<b>28</b>
2.1.	Измерение и запись жизненных показателей	2
	Измерение артериального давления, температуры тела, частоты дыхания и пульса.	1
	Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями.	1
2.2.	Организация питания и питьевого режима	2
	Организация питания и питьевого режима.	1
	Процесс кормления подопечного, приспособления	1
2.3.	Гигиенические процедуры	11
	Гигиена и средства малой реабилитации содействия гигиене.	1
	Утренний (вечерний) туалет при различных видах и типах ограниченной мобильности.	1
	Уход за полостью рта, за зубными протезами, за ушами, за глазами, за полостью носа.	1
	Уход за волосами, бритье.	1
	Уход за кожей лица.	1
	Гигиена рук.	1

	Мытье ног в постели	1
	Уход за гениталиями.	1
	Смена постельного белья при различных видах и типах ограниченной мобильности (продольный и поперечный способ).	1
	Смена нательного белья и переодевание при различных видах и типах ограниченной мобильности.	1
	Мытье (в постели, в ванне, в душе).	1
2.4.	Нарушения процессов опорожнения	3
	Нарушения процессов опорожнения.	1
	Использование абсорбирующих прокладок, подгузников, правильность применения.	1
	Уход за мочевым катетером и колостомой.	1
2.5.	Правила и принципы перемещения	5
	Правила и принципы перемещения.	1
	Различные виды перемещений.	1
	Использование вспомогательного оборудования для перемещения.	1
	Техники помощи при перемещении и сопровождении.	1
	Профилактика падений	1
2.6.	Виды и понятие пролежней	3
	Виды и понятие пролежней.	1
	Причины и зоны риска образования пролежней.	1
	Методы профилактики, основные правила предотвращения пролежней	1
2.7.	Профилактика контрактур и уход при контрактурах	1
2.8.	Профилактика опрелостей и потницы	1
<b>3.</b>	<b>Модуль 3. Технические средства реабилитации (ТСР)</b>	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>Модуль 4. Особенности взаимодействия с гражданами, нуждающимися в долговременном уходе и их социальным окружением</b>	<b>3</b>
4.1.	Оценка психологического состояния гражданина	1
4.2.	Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами	1
4.3.	Этика общения с больными людьми	1
<b>5.</b>	<b>Модуль 5. Формирование терапевтической среды (комфортных и безопасных условий) для пожилых людей и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания. Организация доступной среды.</b>	<b>1</b>
<b>6.</b>	<b>Модуль 6. Профилактика эмоционального выгорания</b>	<b>2</b>
6.1.	Понятие эмоционального выгорания, причины, виды, первые симптомы.	1
6.2.	Профилактика эмоционального выгорания	1
	<b>Всего</b>	<b>42</b>

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ

### Модуль 1. Понятие ухода и его значимость. Принципы долговременного ухода

#### *Тема 1.1. Общее понятие процесса ухода. Основные цели, задачи и принципы ухода.*

Уход – это не просто выполнение манипуляций, а осуществление всех действий и процедур, которые обеспечивают потребности каждого конкретного больного на протяжении длительного времени. Уход необходимо планировать на индивидуальной и системной основе.

В различных странах разработаны схожие концепции планирования ухода, одна из которых – подход немецкого профессора Моники Кровинкель. Она сформулировала основные принципы планирования ухода, согласно которым работают учреждения по уходу во многих европейских странах. В центре ухода находится человек в целом, а не его отдельные нужды. Для осуществления правильного ухода необходимо сначала точно выяснить, что человеку нужно, какие из его потребностей необходимо поддерживать или заместить. Согласно концепции Кровинкель, выделяют 13 видов активности человека и жизненного опыта, обеспечивающих его основные потребности:

- Возможность общаться
- Возможность двигаться
- Возможность поддерживать витальные функции
- Возможность ухаживать за собой
- Возможность есть и пить
- Возможность выделять продукты жизнедеятельности
- Возможность одеваться
- Возможность спать, отдыхать, расслабляться
- Возможность развлекаться, учиться, развиваться
- Возможность переживать собственную сексуальность
- Возможность заботиться о безопасности своего окружения
- Возможность поддерживать и развивать социальные контакты
- Возможность справляться с экзистенциальным опытом жизни

К основным категориям жизнедеятельности человека относят следующие:

**Способность к самообслуживанию** – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены.

**Способность к самостоятельному передвижению** – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое при перемене положения тела.

**Способность к ориентации** – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, определению времени и места нахождения.

**Способность к общению** – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

**Способность контролировать свое поведение** – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.



Нарушение ежедневной деятельности наступает в связи с нарушением основных функций организма, что ограничивает способность к самообслуживанию. Степень нарушения может быть различной: от незначительной и умеренно выраженной до значительной. Исходя из этого, определяют план ухода, планируют манипуляции, замещающие дефицит самообслуживания.

*Степень нарушения способности ежедневной деятельности*

Таблица 2

<i>Способности ежедневной деятельности</i>	<i>Функции организма</i>	<i>Степени нарушений</i>
Самообслуживание	Психическая	Незначительная
Передвижение	Речевая	Умеренная
Ориентация	Сенсорная	Выраженная
Общение	Статодинамическая	Значительная
Контроль	Кровообращение	

К основным **видам нарушений функций организма** человека относят:

- нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяют четыре степени их выраженности:

- 1 степень – легкие нарушения;
- 2 степень – умеренные нарушения;
- 3 степень – выраженные нарушения;
- 4 степень – полная зависимость.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяют исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту). В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, особенно при осуществлении наиболее значимых, наиболее общих из рутинных действий человека.

Качественный уход предполагает обязательное соблюдение алгоритма осуществления процедур ухода. Правильное выполнение процедур ухода подразумевает безупречное выполнение тех или иных манипуляций, обеспечивающих компенсацию имеющихся видов дефицита самообслуживания, а также соблюдение простых правил проведения процедур и принципов деонтологии.

## ***Тема 1.2. Нормативно-правовые акты, регулирующие процесс ухода.***

### 1. Документы федерального уровня:

- Национальные стандарты серии ГОСТ Р «Социальное обслуживание населения».
- Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года (утверждена распоряжением Правительства РФ от 5.02.2016 № 164-р).
- Приказ Минтруда России и Минздрава России от 21 декабря 2017 г. № 861/1036 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи».
- Приказ Минсоцзащиты РФ от 11.10.1993 N 180 «Об организации домов-интернатов (отделений) милосердия для престарелых и инвалидов».
- Приказ Минздрава России от 29 января 2016 года N 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».
- Приказ Росстандарта от 30 ноября 2015 года N 2089-ст Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 "Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней" (вступил в силу с 1 ноября 2017 года).
- Приказ Минтруда России от 24.11.2014 N 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений».
- Проект приказа Минтруда России «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела (медицинская сестра/медицинский брат)» (по состоянию на 13.07.2015) (подготовлен Минтрудом России).
- Приказ Минтруда России от 12.01.2016 № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал».
- Проект приказа Минтруда России (по состоянию на 30.03.2017) «Об утверждении профессионального стандарта «специалист по уходу (сиделка)».

### 2. Документы регионального уровня:

- Региональные стандарты предоставления социальных услуг (постановление Правительства области от 18.12.2014 № 1335-п).
- Постановление Правительства области от 28.09.2017 N 730-п «Об утверждении Порядка предоставления социально-медицинской услуги сиделок».

## ***Тема 1.3. Принципы и модели долговременного ухода.***

Долговременный уход – комплексная поддержка пожилых и инвалидов, включающая социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также семейный уход.

Модели ухода:

- Модель Хендерсон
- Модель Н. Роупер, В. Логан и А. Тайэрни
- Модель Д. Джонсон
- Модель Д. Орем
- Модель К. Рой
- Врачебная модель
- Теория ухода Моники Кровинкель.

Для того, чтобы осуществлять правильный и стимулирующий уход, необходимо сначала точно выяснить, что же человеку нужно, какие его потребности мы должны поддерживать/замещать. Кровинкель выделила 13 видов активности и экзистенциального опыта жизни:

1. Возможность общаться.
2. Возможность двигаться.
3. Возможность поддерживать витальные функции (сердцебиение, дыхание и т.п.)
4. Возможность ухаживать за собой.
5. Возможность есть и пить.
6. Возможность выделять продукты жизнедеятельности.
7. Возможность одеваться.
8. Возможность спать, отдыхать и расслабляться.
9. Возможность развлекаться, учиться и развиваться.
10. Возможность переживать собственную сексуальность.
11. Возможность заботиться о безопасности и надежности своего окружения.
12. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области.
13. Возможность справляться с экзистенциальным жизненным опытом.

На них и строится практика современного ухода. Прежде всего, проводится планирование. То есть, смотрим - какие из видов активности у человека нарушены, где он требует поддержки, а где вполне обходится сам. При этом выделяются проблемы и ресурсы. Например, возьмем пациента с парализованной после инсульта левой половиной тела. Он требует поддержки практически по всем видам активности. Выберем одну из них, например, самую очевидную - способность двигаться. Пациент самостоятельно двигаться не может - не может встать, ходить, сидеть может только с поддержкой. Это его проблема. Ресурс здесь заключается в следующем: пациент свободно двигает правой рукой и ногой, пациент может стоять на правой ноге с поддержкой; пациент понимает обращенную к нему речь и может следовать указаниям. Далее определяются мероприятия:

- помощь при мобилизации, пересаживание пациента с кровати на кресло, с кресла на унитаз и обратно
- использование вспомогательных средств (в данном случае инвалидное кресло)
- возможно, лечебная гимнастика.

Такое планирование осуществляется по всем 13 пунктам. Например, с пунктом "еда и питье" - такому пациенту необходимо измельчать еду на кусочки, чтобы он мог есть, пользуясь только правой рукой; также необходима профилактика запоров, поскольку пациент малоподвижен. После того, как планы записаны и мероприятия определены, можно ухаживать по науке. Персонал осуществляет все эти действия. А затем документирует их и записывает: что при этом удавалось, какие были особенности. Документация затем изучается, и планирование снова

перерабатывается. Но для того, чтобы действовать по плану, необходимо главное - цель ухода. Цель ухода - сохранить или восстановить хорошее самочувствие пациента и избежать его зависимости, чего можно достигнуть с помощью стимуляции или поддержки возможностей самого пациента или обучения его близких.

#### **Тема 1.4. Концепция Бобат: принципы и приемы.**

Концепция Бобат создана Карлом и Бертой Бобат и основана на пластичности мозга и его способности к реорганизации. Реализация концепции Бобат — это процесс 24-часового вмешательства в жизнь клиента. Реализация концепции происходит, когда клиент находится в определенном положении, что стимулирует вполне закономерную динамическую активность мышц, принадлежащих к конкретной группе, задействованной в процессе движения, а комплекс раздражителей позволяет активировать рефлексивные модели именно в том первоначальном виде, в котором они должны самостоятельно проявляться при абсолютно нормальной моторике. Она представляет собой целостную терапию, направленную на: подавление патологических моделей движения; стимулирование развития более правильных движений; нормализацию мышечного тонуса; стимулирование восприятия собственного тела.

Концепция Бобат основана на трех базовых принципах — ингибиции, фацилитации и стимуляции.

- Ингибиция — торможение патологических движений, положений тела и рефлексов, которые препятствуют развитию нормальных движений.

- Фацилитация (от *facilitate* — облегчать, помогать, способствовать, содействовать) - облегчение выполнения правильных (нормальных) движений. Это взаимодействие между клиентом и персоналом, которое способствует осуществлению правильных движений.

- Стимуляция, реализуемая с помощью тактильных и кинестетических стимулов, направлена на то, чтобы клиент лучше ощущал правильные движения и положения тела в пространстве.

Ингибиция и ее применение в процессе ухода. Сначала проводят анализ движений клиента в различных ситуациях повседневной жизни, выявляют отклонения от нормальных физиологических движений. Необходимо понять, какие именно действия, положения тела и рефлексии проявляются патологически и препятствуют развитию нормальных движений.

Торможение патологических положений тела в постели. Положение больного в постели должно: предупреждать развитие мышечных контрактур и тугоподвижности в суставах; придавать суставам и мышцам оптимальное расположение; способствовать как можно более раннему восстановлению активных движений; улучшать периферическое кровообращение; препятствовать образованию пролежней.

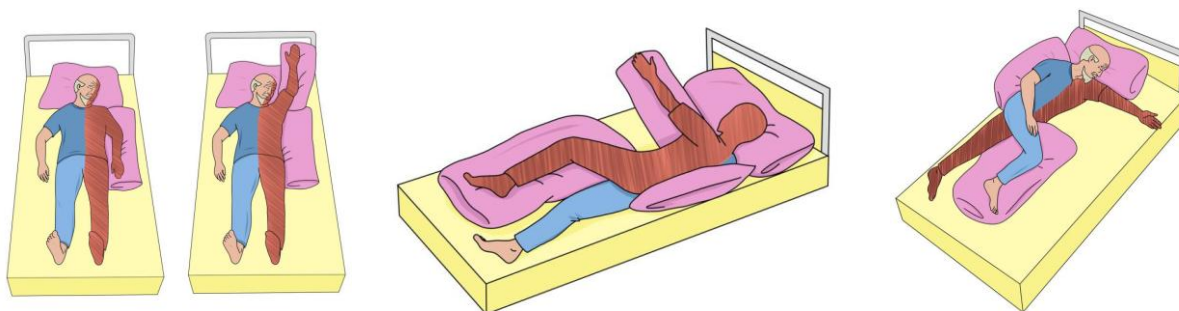
Больного укладывают так, чтобы мышцы, склонные к спастическим контрактурам, были растянуты, а точки прикрепления их антагонистов сближены. Неправильное положение в постели приводит к развитию мышечной ригидности, ограничению объема движений и мышечным ретракциям.

Правильное положение клиента в постели следует постоянно контролировать и менять каждые 2 ч. Варианты позиций могут быть самыми разнообразными — от положения «лежа на спине» до положения «лежа поочередно на каждом боку».

Положение на спине. Одна подушка лежит под головой клиента, другая — под лопаткой, рукой, до бедра задетой инсультом стороны. Парализованную руку кладут

на подушку так, чтобы она на всем протяжении находилась на одном уровне в горизонтальной плоскости вдоль тела пациента. Голова немного повернута в сторону руки, что позволяет ее видеть. Затем руку отводят в сторону под углом  $90^\circ$  (при наличии болевого синдрома начинают с меньшего угла отведения, постепенно увеличивая его до  $90^\circ$ ), выпрямляют и поворачивают наружу. Кисть должна быть разогнутыми и разведенными пальцами.

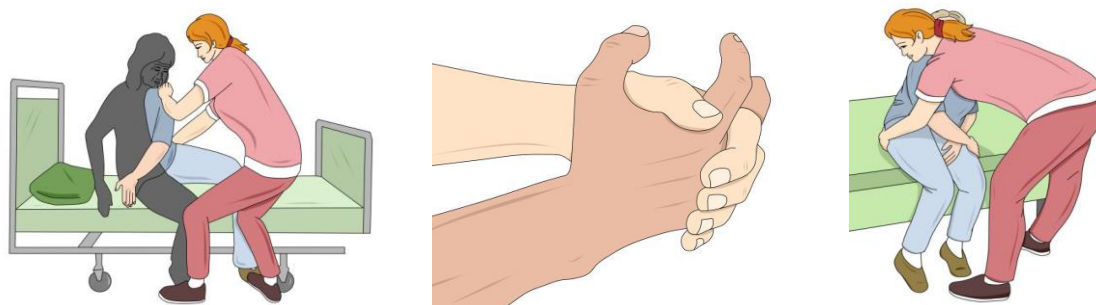
Положение на боку. При положении больного на здоровом боку парализованным конечностям придают согнутое положение. Руку сгибают в плечевом суставе и помещают на подушку, ногу - в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах, помещая на другую подушку. Здоровая рука может лежать на боку или быть отведена назад. Под здоровую ногу, согнутую в тазобедренном и коленном суставах, подкладывают подушку. Парализованную ногу разгибают в тазобедренном и коленном суставах.



Фацилитация и ее применение в процессе ухода. Основной механизм фацилитации — растормаживание инактивированных нервных элементов с использованием приемов, направленных на их стимуляцию, путем выполнения правильных движений вместо патологических. Восстановление функций головного мозга происходит благодаря компенсации за счет сохранных функциональных систем.

При транспортировке клиента (кровать/стул/кровать) необходимо его поддерживать и управлять им так, чтобы движения всех частей тела были правильными.

Посадить клиента на край кровати. Необходимо повернуться, спустить ноги с кровати и только затем встать. Ноги сгибают в коленях. Больную ногу можно согнуть при помощи здоровой (если клиент в состоянии), в противном случае необходимо ему помочь. Следует перевернуться на больную сторону. Ноги спускают с края постели, помогая здоровой ногой передвинуть больную. Здоровую руку переносят и кладут на матрас перед собой на уровне больного плеча. Здоровой рукой отталкиваются, и затем встают. При пересаживании следует не просто предоставлять клиенту возможность стоять на здоровой ноге, при этом постоянно устанавливая парализованную ногу в правильную позицию, но и активно добиваться этого.



При подаче клиенту судна в постель необходимо ставить его так, чтобы согнутые в коленях ноги находились в одинаковом положении, а клиент, опираясь на здоровую ногу, сам поднимал таз. Ягодица с пораженной стороны должна быть приподнята так чтобы таз был выровнен, а пораженная нога не должна быть развернутой наружу. Больной должен сидеть симметрично, локтевой сустав пораженной руки должен поддерживаться подушкой, кисть не должна свисать, а стопы полностью стоять на полу.



Стимуляция. Вследствие поражения коры головного мозга возникают нарушения восприятия собственного тела. Для улучшения ощущений и функций головного мозга необходимо, в первую очередь, соответствующим образом обустроить помещение, где располагается клиент. Кровать должна стоять так, чтобы клиент смотрел на комнату через парализованную сторону, здоровая сторона должна быть ближе к стене. Вставать с кровати, общаться с посетителями необходимо через парализованную половину тела.

В соответствии с концепцией Бобат, восстановление ощущения клиентом наличия собственного тела добиваются с помощью систематического проведения обтирания.

Обтирание по концепции Бобат отличается от классического обтирания и его проводят по другим правилам. Классическое обтирание проводят снизу вверх, а обтирание для стимуляции ощущения собственного тела в соответствии с концепцией Бобат всегда проводят с переходом со здоровой стороны на больную. Согласно концепции Бобат желательно, чтобы больной внимательно наблюдал за обтиранием, поскольку считают, что больший эффект дают не только тактильные ощущения, но и визуальное восприятие процесса.

Применяемые терапевтические приемы. Позиционирование — это процесс взаимодействия лица, предоставляющего уход, с пациентом, когда последний принимает определенную позу. Например, позиционирование больного в кровати на спине, в положении полусидя, на боку на больной и здоровой сторонах, сидя, а также позиционирование в кресле, на стуле, коляске.

При любом позиционировании необходимо учитывать влияние площади опоры на изменение мышечного тонуса, а также следующее: конечности должны лежать в естественном положении; должен отсутствовать патологический шейный асимметричный тонический рефлекс; необходима стимуляция чувствительности на пораженной стороне; необходима возможность наблюдения за окружающей жизнью и участия в ней.

Техники ручного обращения. Ручным обращением в концепции Бобат называют приемы, которыми человек, предоставляющий уход, своими руками удерживает пациента, распределяет его вес и перемещает его. Специальные приемы ручного обращения наряду с техникой стимуляции, ингибции и фацилитации — важная составная часть терапевтического воздействия и помощи в повседневных ситуациях. Под техниками ручного обращения, в первую очередь, понимают



адекватную помощь при транспортировке. Благодаря тесному контакту с человеком, осуществляющим уход, клиент познает разнообразие двигательного опыта и чувство движения. Таким образом, пациент реагирует правильными соответствующими движениями в ответ на «внешнее управление» со стороны окружающего мира. Только при постоянной тактильно-кинестетической обратной связи в единстве самостоятельного движения и передвижения с посторонней помощью пациент накапливает свой сенсорный и двигательный опыт: у клиента происходит формирование новой схемы собственного тела.

## **Модуль 2. Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений**

### ***Тема 2.1. Измерение и запись жизненных показателей.***

#### ***Измерение артериального давления.***

Артериальное давление (АД) определяют на плечевой артерии в положении пациента лежа на спине или сидя в удобной позе. Манжету накладывают на плечо на уровне сердца, нижним ее краем - на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна иметь такой размер, чтобы покрывать 2/3 бицепса. Далее в манжету нагнетают воздух до значений выше ожидаемого систолического АД. Затем давление в манжете постепенно снижают (со скоростью 2 мм рт.ст./с) и с помощью фонендоскопа выслушивают тоны сердца над плечевой артерией той же руки. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа. Давление, при котором будет выслушан первый тон сердца - систолическое АД. Давление, при котором тоны сердца больше не выслушивают - диастолическое АД. Теми же принципами руководствуются при измерении АД на предплечье (тоны выслушивают на лучевой артерии) и бедре (тоны выслушивают на подколенной артерии). Если тоны очень слабы, следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторяют.



***Определение пульса*** проводят с помощью секундомера. Для определения пульса необходимо вымыть и высушить руки, предложить клиенту занять удобное положение сидя (лежа).

Алгоритм измерения пульса:

- Кисти рук клиента располагают на уровне сердца и охватывают их своими руками так, чтобы I палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а II–V пальцы — на лучевой артерии в области лучезапястного сустава.
- Пальпируют лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости.

- Сравнивают колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании исследование пульса продолжают на одной руке; при разном колебании — на той руке, где колебания выражены лучше).
- Определяют ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями).
- Подсчитывают частоту пульса (при ритмичном пульсе — в течение 30 с, результат умножают на 2; при аритмичном — в течение 1 мин).
- Определяют напряжение пульса (по той силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания).
- Определяют наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе).
- Оценивают свойства артериального пульса — ритм, частоту, напряжение, наполнение.
- Записывают частоту пульса в температурный лист (цифрами).
- Моют руки.

## Измерение пульса

Основным методом исследования пульса является пальпация.

Чаще всего пульс исследуют у взрослых на **лучевой артерии**.

А также височной, сонной, лучевой, локтевой, плечевой, бедренной, задней большеберцовой, подколенной, тыльной артерии стопы



**Измерение частоты дыхания.** Одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Количество дыханий за 1 мин называют частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания. В норме дыхательные движения ритмичны. Определение частоты дыхательных движений проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса). Положение клиента - лежа или сидя, при этом его берут за руку, как для исследования пульса, но наблюдают за экскурсией грудной клетки и считают дыхательные движения в течение 1 мин. Результат ЧДД записывают в соответствующую документацию.

**Измерение температуры тела.** Температуру тела измеряют с помощью термометра тремя основными способами.

- При аксиллярном измерении (в подмышечной впадине) необходимо точно вложить термометр в подмышечную впадину (подмышечная впадина должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды клиента).
- Во время орального измерения (термометр кладут под язык) используют специальную конструкцию термометра (только для индивидуального пользования).



- В ходе ректального измерения (в прямой кишке) клиент лежит на боку или на спине, а термометр смазывают, вводят вращающим движением в прямую кишку и удерживают рукой.

Результаты измерений температуры фиксируют с указанием способа и времени измерения.

### ***Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями.***

*Вес* – один из показателей физического развития человека, который зависит от возраста, морфологических и физиологических особенностей организма и позволяет косвенно судить о состоянии здоровья.

Индекс массы тела (ИМТ) = масса тела (кг)/рост<sup>2</sup> (м).

Взвешивание производят на медицинских весах стоя, ослабленных больных – сидя на стуле или лежа (на специально приспособленных весах). Клиентов взвешивают в нательном белье (с последующим вычитанием среднего веса одежды) натощак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Перед взвешиванием необходимо проверить равновесие весов без груза. Больных рекомендовано взвешивать не реже 1 раза в неделю. Данные о весе тела записывают в историю болезни.

*Наблюдение за кожным покровом* имеет большое значение, поскольку кожа пожилых и больных людей имеет особенности, связанные с происходящими изменениями в организме. Возникают различные дерматологические заболевания, не характерные для молодых и здоровых людей. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним. Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным больным регулярно проводят профилактику пролежней.

*Мочеиспускание и опорожнение кишечника.* Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях – характера стула.

## ***Тема 2.2. Организация питания и питьевого режима***

Питание – физиологический акт, направленный на поддержание жизни и здоровья человека с помощью пищи. Сбалансированное питание в полной мере и в правильном соотношении обеспечивает поступление в организм всех питательных веществ: белков, углеводов, жиров, витаминов, микроэлементов и минералов, небольшими порциями и по режиму, состоящему из четырех-пяти приемов пищи. Один из основных принципов лечебного питания – сбалансированность пищевого рациона, т.е. соблюдение оптимального соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, жидкостей и воды при обеспечении суточной потребности человека в питательных веществах и энергии.

Питьевой режим – наиболее рациональный порядок потребления воды в течение суток. Правильный питьевой режим обеспечивает нормальный водно-солевой обмен, создает благоприятные условия для жизнедеятельности организма.

Оптимальная ежедневная доза воды для нормальной работы организма – 30 мл на 1 кг. веса человека: не чая, сока, компота и других напитков, а именно чистой питьевой воды. Для людей, имеющих проблемы со здоровьем, питьевой режим должен устанавливать врач.

Глотание – важный и сложный процесс, который включает функционирование самых разных групп мышц и черепных нервов. Нарушение глотания, или дисфагия, – одна из ключевых проблем в организации питания у пациентов, перенесших инсульт. Под нарушением глотания понимают любое, даже незначительное затруднение или возникновение дискомфорта при продвижении пищи в желудок. К дисфагии относят невозможность глотания, нарушение движения пищи, а также неприятные ощущения, связанные с задержкой пищи. При этом каждого из пациентов степень и характер нарушений могут быть различными. Врачи отмечают, что даже при серьезных заболеваниях полную неспособность глотать встречаются довольно редко. В большинстве случаев пациентам тяжело совершать глотательные движения (например, после инсульта у пациентов возникают проблемы при приеме жидкости или жидкой пищи). В некоторых случаях пациентам даже приходится заново учиться есть.

Аспирация (от лат. – *aspiratio*) – эффект «засасывания» пищи в дыхательные пути, возникающий из-за создания пониженного давления. Перед тем, как кормить больного, необходимо убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Важно помнить, что нельзя поить и кормить больного, лежащего с запрокинутой головой, поскольку при этом надгортанник открывает вход в трахею, и больной может поперхнуться. Если больной нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их наличии и исправности. От того, в каком они состоянии, будет зависеть вид кулинарной обработки пищи. Пациента с нарушением глотательного рефлекса нельзя оставлять одного во время приема пищи. Необходимо следить за тем, чтобы пациент не торопился во время еды, не разговаривал, не отвлекался. Пациент должен класть в рот небольшое количество пищи, хорошо ее прожевывать, пить маленькими глотками (иногда необходимо добавлять в жидкость загуститель). Пища должна быть мелко порезанной или перетертой (лучше, если пациент имеет возможность наблюдать эти процессы).

*Особенности приема пищи при нарушенном глотании.* Необходимо придерживаться определенных правил при кормлении пациентов с нарушением глотания:

- не следует давать большое количество пищи сразу, желательно разбить кормление на несколько небольших порций;
- необходимо выбирать более грубую пищу, так как вероятность ее попадания в дыхательные пути минимальна;
- пища должна быть ароматной и аппетитной;
- не следует кормить лежачего пациента в положении лежа;
- напитки необходимо подавать строго до или после, но не во время основного приема пищи;
- не следует запрокидывать голову больного назад;
- по возможности выделяйте на кормление больше времени.

Крайне важно отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании: кисломолочная продукция, фрукты, варенье, сиропы. Следует также отказаться от очень сухих, жестких блюд: крекеры, поджаренные ломтики хлеба. Приготовленный рис может слипаться или быть жестким, потому следует убедиться в том, что его консистенция оптимальна (при этом будет легким процесс разжевывания и отсутствовать риск прилипания к ротовой полости). Наблюдайте за больным во время пробного (тестового) кормления (питья и приема твердой пищи) для того, чтобы вовремя заметить признаки, указывающие на высокую вероятность наличия у него расстройств глотания. Больного следует поддерживать так, чтобы он

ровно сидел в вертикальном положении со слегка наклоненной вперед головой. Особую осторожность необходимо соблюдать при оценке глотания у больных с уже имеющимися заболеваниями дыхательной системы, поскольку у таких пациентов самая незначительная аспирация представляет большую опасность.

Вначале необходимо попросить больного проглотить около 50 мл. воды, начиная с 5 мл. Для этого можно последовательно поить больного с чайной ложечки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо контролировать объем и скорость поступления воды с помощью питьевой трубочки, используя ее как пипетку. Не следует давать больному держать чашку или стакан с водой самому, так как он может попробовать выпить ее всю сразу, рискуя при этом аспирировать жидкость. Необходимо наблюдать за каждым глотком пациента, обращать внимание на кашель, указывающий на неблагополучие при глотании и одновременно защищающий дыхательные пути от аспирации. Однако нередко у больных с дисфагией кашель не возникает из-за нарушений, вызванных самим заболеванием головного мозга. В таких случаях пропустить аспирацию жидкости особенно легко. Именно поэтому после каждого глотка попросите также больного произнести тянувшийся гласный звук (например, «ах»). Изменения в голосе больного (появление гнусавости, охриплости, влажных или булькающих звуков), возникновение кашля, шумного дыхания или удушья после глотания могут свидетельствовать об аспирации.

Профилактика аспирации:

- ухаживающий встает сзади пациента и обхватывает его голову рукой (для предотвращения западения головы назад);
- указательный палец лежит между нижней губой и подбородком;
- средний палец поддерживает подбородок; большой палец находится на височно-нижнечелюстном суставе.

На следующем этапе чашку или стакан, наполовину наполненный водой, можно дать в руки самому больному. Следует объяснить пациенту, что он должен начать с маленьких глотков, не следует пить всю воду залпом. Если проблем во время теста не возникает, можно разрешить подопечному пить самостоятельно. После проверки глотания жидкости оценивают возможность глотания твердой пищи. Обращают внимание на то, не выпадает ли пища изо рта. Это может быть следствием того, что у больного плохо смыкаются губы, или его язык двигается вперед во время глотка (вместо нормальных движений вверх и назад). Сразу после глотка необходимо обследовать полость рта больного.

Поскольку при слабости языка пища может откладываться между щекой и деснами или между нижней губой и деснами, важно проверить, действительно ли произошел глоток. Это можно сделать, стоя перед подопечным.

Питание разделяют на активное, пассивное и искусственное.

Активно питающийся больной может сесть к столу, а при постельном режиме необходимо создать условия для приема пищи, сидя в постели. Тех, кто испытывает слабость, а также тяжелых больных кормят люди, предоставляющие уход. Подопечного следует убеждать в необходимости принимать пищу, даже если нет аппетита, настроения или желания. Это требует от ухаживающего лица большого терпения, однако это необходимо. Следует также иметь в виду, что, если какие-то блюда вызывают у больного отвращение, меню должно быть скорректировано (по согласованию с врачом). При этом во внимание обычно принимают характер заболевания, наличие противопоказаний и показаний, стадию заболевания и риск возможных осложнений, особенности национальной кухни и предпочтения больного

Если больной самостоятельно, а также с помощью есть не может, ему


назначают пассивное питание. Выделяют несколько видов пассивного питания. При непроходимости пищевода или входного отдела желудка пищу вводят через специальный зонд в гастростому, которую устанавливают во время операции. Частоту введения пищи и размер разовой порции назначает врач. Процедуру кормления проводят под контролем медицинского работника. Помимо гастростомы, существуют методы введения питательных веществ, минуя желудочно-кишечный тракт. Специальные питательные растворы, способные поддерживать нормальный обмен веществ в организме, вводят капельно через крупную вену

*Кормление лежачего клиента.* Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специальный для этих целей халат или фартук. Следует помочь неподпечному принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Клиенту накрывают грудь нагрудником, если неподпечный пользуется зубными протезами, одевают их. Перед началом приема пищи неподпечному предлагают попить — это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить неподпечного, одной рукой поддерживают голову пациента, а другой — держат кружку, из которой он пьет. Если неподпечного поят из поильника, воду выливают под язык или за щеку, но не на язык, так как это увеличивает риск аспирации.

При подаче пищи ложкой она должна быть наполнена не более чем на 2/3. Еду в рот подают сбоку с неповрежденной стороны. Сначала касаются ложкой нижней губы неподпечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так пациент поймет, что ложка с пищей находится у него во рту, и прикроет рот. Далее аккуратно вынимают ложку изо рта, скользя ей по верхней губе. После этого делают паузу, чтобы клиент мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи пациенту предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот больного салфеткой. После кормления неподпечному помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.

### ***Средства малой реабилитации при кормлении.***

Одна из важных задач, возлагаемых на ухаживающего, – кормление больного. Еда и питье для больного человека приобретают особенно большое значение, часто определяющее выздоровление или прогрессирование болезни. Для пациентов, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к еде. Пациенту, который может самостоятельно принимать пищу, но по ряду причин с этим не справляется (не может держать ложку, роняет пищу с края тарелки, пачкает одежду, сталкивает посуду со стола на пол, проливает напитки), необходимо предоставить средства малой реабилитации содействия приему пищи. В таблице представлены средства малой реабилитации при кормлении.

<i>Изображение</i>	<i>Предназначение/описание</i>
	<p>Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды. Рекомендована пациентам, имеющим только одну руку. При отсутствии салфетки можно использовать мокрую скатерть или присоски</p>

	<p>Для того чтобы облегчить питье пациентам с утратой хватательных движений, рекомендованы чашки на подставках, кружки с двумя ручками</p>
	<p>Стакан предназначен для пациентов с нарушенным глотательным рефлексом, а также с ограничением движений и тремором. Легкая чашка удобна для пациентов со слабостью в руках.</p>
	<p>Поильник полимерный для лежачих больных предназначен для приема жидкости или жидкой пищи. Выполнен в виде стаканчика с крышкой и носиком, который не позволяет проливаться жидкости при приеме пищи.</p>
	<p>Нагрудники предназначены для защиты одежды и белья пациента от загрязнения во время приема пищи. Содержат защитный слой из пленки и специальный приемный карман для остатков пищи. Крепление происходит за счет клеящихся полосок.</p>
	<p>Встроенные ручки на столовых приборах предназначены для пациентов с ослабленными хватательными движениями. Пациенты могут использовать столовые приборы с квадратными, круглыми или овальными ручками различной длины, а также малого, стандартного или тяжелого веса</p>
	<p>Можно использовать тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, удерживающим пищу при неловких движениях больного</p>
	<p>Если у пациента ослаблены руки, недостаточная моторика в пальцах, можно использовать специализированные ложку, вилку и нож с нескользящей рукояткой и фиксирующим ремешком. Ложку фиксируют на запястье мягким ремешком с липучкой</p>

## **Тема 2.3. Гигиенические процедуры**

### **Уход за полостью рта.**

Уход за полостью рта следует проводить 2 раза в день (утро/вечер), а после каждого приема пищи необходимо осуществлять гигиену полости рта клиента. У тяжелобольных клиентов на слизистой оболочке рта и зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия.

*Для частично мобильного клиента.* Необходимо встать за пациентом, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести эту процедуру. Если процедуру проводят в постели, порядок действий следующий:

- приготовить резиновые перчатки, стакан с водой, зубную пасту, мягкую зубную щетку, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора;
- придать клиенту положение полусидя или сидя в постели;
- помочь клиенту повернуть голову набок;
- положить полотенце на грудь клиента;
- вымыть руки, надеть перчатки;
- под подбородок клиента на полотенце поставить емкость для сбора промывных вод;
- попросить клиента набрать в рот воду и прополоскать рот;
- смочить водой зубную щетку и нанести на нее зубную пасту;
- почистить верхние зубы клиента, условно разделив все зубы на верхней и нижней челюстях на четыре сегмента и расположив зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов приблизительно под углом 45°;
- почистить жевательные поверхности верхних зубов;
- расположив щетку перпендикулярно верхним зубам, почистить сверху вниз (все четыре сегмента);
- аналогично почистить нижние зубы (щечную и жевательную поверхности), а затем – язык;
- помочь клиенту прополоскать рот водой;
- при необходимости вытереть подбородок;
- убрать емкость, полотенце;
- снять резиновые перчатки, вымыть руки.

*Для немобильного клиента.* При беспомощности клиента уход за полостью рта заключается в полоскании рта после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты, в чистке зубов (зубных протезов) утром и вечером, в очищении промежутков между зубами 1 раз в день (лучше вечером). Для чистки зубов лучше использовать мягкую зубную щетку, не травмирующую десны. Завершая уход за полостью рта, обязательно очищают щеткой язык, снимая с него налет. Надевают перчатки. Подопечному придают полусидящее положение, накрывают его грудь клеенкой, к подбородку подставляют лоток для стекающей жидкости. Далее клиенту аккуратно чистят зубы – справа, слева, спереди, сверху, снизу. С помощью спринцовки струей воды, промывают полость рта справа и слева. Если клиент находится в бессознательном состоянии, он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких клиентов уход за полостью рта необходимо осуществлять каждые 2 ч днем и ночью.

*Лежачие клиенты.* Порядок действий при таком уходе следующий:



- вымыть руки, надеть перчатки;
- налить в стакан раствор ополаскивателя для обработки полости рта;
- разместить клиента на боку так, чтобы его лицо находилось на крае подушки;
- развернуть полотенце и расстелить под головой клиента, подняв его голову;
- развернуть второе полотенце и покрыть им грудь клиента;
- поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок клиента;
- открыть рот клиента, не применяя силы;
- ввести между верхними и нижними зубами указательный, средний и безымянный пальцы одной руки и осторожно нажать этими пальцами на верхние и нижние зубы;
  - смочить сухой тампон из упаковки в ополаскивателе для рта, разведенном в стакане; обработать нёбо, внутреннюю поверхность щек, зубы, десны, язык, губы; повторно обработать влажными тампонами по тому же алгоритму;
  - по возможности почистить зубы мягкой зубной щеткой.



### ***Уход за ушами.***

В первую очередь следует надеть перчатки. При обработке правого уха голова должна быть повернута влево, при обработке левого уха – вправо. Следует помнить, что без назначения врача закапывать в уши нельзя ничего. Необходимо обработать только лишь ушные раковины и околоушную область, в слуховом проходе манипуляции не проводят. Важно не забывать мыть кожу за ушами, вытирать кожу следует насухо, аккуратно промокнув сухой салфеткой. Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой. В ряде случаев возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также удалении образовавшейся там серной пробки – это может делать только врач или медицинская сестра

### ***Уход за глазами.***

Обычный гигиенический уход осуществляют 1–2 раза в сутки, а при необходимости – чаще. Для осуществления манипуляции ухода за глазами следует приготовить емкость с водой, ватные тампоны (4 штуки и более), мягкое полотенце или марлевые салфетки, емкость или полиэтиленовый пакет для грязных тампонов, пеленку или полотенце. Для обработки глаз необходимо вымыть руки, удобно уложить или усадить клиента, прикрыть подушку и грудь клиента пеленкой или полотенцем, сложить все ватные шарики, кроме двух, в емкость с водой. Если на ресницах имеются сухие корочки, на закрытые глаза кладут обильно смоченные ватные тампоны на несколько минут, чтобы корочки размокли, и их последующее удаление было безболезненным. Обработку начинают с более чистого глаза. Сухим тампоном следует слегка оттянуть нижнее веко, а тампонами, смоченными жидкостью, промыть глаз однократным движением от наружного края глаза к внутреннему. После этого осушают кожу вокруг глаза, промокнув марлевыми салфетками или полотенцем. Использованные ватные тампоны выбрасывают, моют руки.

### ***Уход за полостью носа.***

Гигиенический уход за полостью носа включает очистку носовых ходов от выделений, его осуществляют 1–2 раза в сутки, при необходимости – чаще. Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, образованию язвочек. Для гигиенического ухода за полостью носа следует надеть перчатки, запрокинуть подопечному голову, смочить водой ватную турунду и отжать ее. Далее необходимо приподнять и придержать кончик носа клиента левой рукой, а правой рукой аккуратными вращательными движениями ввести турунду в одну ноздрю. Такими же вращательными движениями турунду удаляют и аналогичную процедуру проводят относительно другой ноздри. При образовании корочек для их размягчения по назначению врача можно использовать мази для носа. Не следует использовать по своему усмотрению различные масла, так как у подопечного на них может развиться аллергическая реакция. Нельзя отсасывать спринцовкой жидкость из носа, так как при этом возникает опасность травм.

### ***Уход за волосами.***

Уход за волосами имеет особое значение для больных, находящихся длительное время в постели. Мужчин стригут коротко и 1 раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам, имеющим длинные волосы, ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов, стараясь не выдергивать их. Причесывая волосы на затылке лежащему пациенту, следует просто повернуть голову на бок. Если состояние больного позволяет, ему моют голову во время гигиенической ванны. Если больной длительное время не встает, ему моют голову в постели. Во время процедуры следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем волосы ополаскивают и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают. После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надеть на голову полотенце или косыночку (или использовать для сушки фен для волос), чтобы избежать переохлаждения. Следует ежедневно следить за состоянием волосистой части головы подопечного и производить профилактику педикулеза.

### ***Бритье.***

Манипуляцию следует выполнять в перчатках. Перед ее началом подопечного осматривают на предмет наличия родинок. Клиенту придают полусидящее положение и укрывают его грудь клеенкой и салфеткой. Вторую салфетку следует намочить в воде и отжать. Для смягчения кожи кладут горячую влажную салфетку на щеки и подбородок клиента на 5 мин (женщине этого делать не требуется). После снятия салфетки равномерно наносят крем для бритья (пенку) на кожу лица по щекам и подбородку. Женщине, помимо этого, в местах роста волос смачивают лицо теплой водой. Подопечного следует брить, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению бритвы, в следующей последовательности: над верхней губой, щеки, под нижней губой, область шеи, под подбородком. После этого влажной салфеткой протирают лицо и промокательными движениями просушивают лицо сухой салфеткой. По окончании на лицо наносят лосьон (мужчине) или питательный крем (женщине).



### ***Уход за кожей лица.***

Для проведения процедуры надевают перчатки, под голову кладут пеленку с клеенкой или впитывающую пеленку. Далее необходимо намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде и обтереть лицо (лоб, щеки, подбородок) и шею подопечного. Прополоскав салфетку в чистой воде, еще раз обтирают лицо подопечного и промокают его сухим полотенцем. Если клиент в состоянии мыть лицо самостоятельно, желательно предоставить ему эту возможность, а лежачему клиенту необходимо помочь в организации проведения этой манипуляции: поднести воду удовлетворяющей клиента температуры, подать варежку, помочь ее намочить и отжать, подать полотенце. Если кожа лица сильно сухая, можно использовать увлажняющий крем. Умывать лучше чистой водой без примесей. Самое эффективное гигиеническое и косметическое средство – вода. При умывании водой клетки рогового слоя кожи набухают и отторгаются вместе с осевшей на них пылью, грязью, жиром, остатками пота и другими веществами, а также микроорганизмами. Теплая вода, похлопывание и поглаживание лица во время мытья усиливают очищающее действие. Одновременно улучшаются кровообращение и питание кожи.

### ***Гигиена рук.***

Лежачему клиенту мыть руки должен человек, предоставляющий уход. Для этого необходимо надеть перчатки, намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде и обтереть руки подопечного, обращая особое внимание на межпальцевые промежутки. После этого следует высушить кожу рук полотенцем, тщательно просушивая кожу между пальцами. Уход за ногтями на руках важен как с точки зрения гигиены и безопасности больного, так и для повышения его настроения. Если больной не может подстричь ногти сам, эту процедуру выполняет лицо, осуществляющее уход. Для того, чтобы подстричь подопечному ногти на руках, необходимы: мисочка с водой, куда добавлено жидкое мыло, резиновые перчатки, индивидуальные ножнички, крем для рук. Под рукой должно быть и дезинфицирующее средство для обработки возможной ранки, возникшей при стрижке. Руки больного помещают в теплую мыльную воду на 2–3 минуты. Одну руку помещают на полотенце, обсушивают, ногти стригут один за другим ножничками или щипчиками. После стрижки следует еще раз осушить кожу и обработать кисти рук кремом. Ногти на руках стригут овалом. Если случайно повреждена кожа, ее смазывают антисептическим средством. Затем снимают перчатки и моют руки.

### ***Мытье ног в постели.***

Если больной передвигается по помещению, ему ежедневно на ночь ополаскивают ноги теплой водой в тазу и тщательно протирают межпальцевые пространства, чтобы не появилась опрелость. Надевают перчатки, под колени пациента подкладывают подушку-ролик или закатывают в валик одеяло. Под ноги подстилают пеленку и клеенку, на которую ставят таз с теплой водой. Ноги подопечного моют с помощью индивидуальной губки и мыла в тазу. После этого их вытирают полотенцем, уделяя особое внимание межпальцевой зоне. При очень сухой коже применяют увлажняющий крем. Вазелин или жирный крем применять нельзя.

### ***Уход за гениталиями.***

Несоблюдение правил личной гигиены половых органов может привести к инфекционным заболеваниям как у женщин, так и мужчин. В связи с тем, что кожа

половых органов вырабатывает смегму, которая накапливается, необходимо регулярно подмываться. Во избежание заражения необходимо пользоваться только индивидуальными средствами личной гигиены (полотенце, мочалка, бритвы). Вместе с тем чрезмерное увлечение мытьем гениталий с использованием мыла, а также сильное трение кожи наружных половых органов, как и плохая гигиена, могут привести к возникновению воспалительных процессов кожи и желез этой области тела. Мыть гениталии достаточно 2 раза – утром и вечером, а также после опорожнения (у женщин – после каждого мочеиспускания). Естественные складки у тучных людей при увлажнении обрабатывают присыпкой, при сухости кожи используют увлажняющий крем. Если клиент может самостоятельно вымыть область промежности, лучше предложить ему это сделать самому, оставив его наедине. В противном случае процедуру проводит лицо, осуществляющее уход.

*Клиентка.* Процедуру начинают с объяснения ее содержания, хода выполнения и получения согласия на ее проведение. После этого следует подставить под крестец клиентки судно, встать сбоку от нее, взяв в одну руку емкость с теплой водой, а в другую руку – зажим с марлевым тампоном (салфеткой). Поливая из емкости на половые органы, следует последовательно обрабатывать их по направлению к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межъягодичную складку. Салфетки меняют по мере загрязнения. По окончании процедуры части тела просушивают марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. Не обязательно каждый день проводить процедуру так, как описано выше. Вполне достаточно осуществлять ежедневное протирание индивидуальной варежкой, ополаскивая ее в индивидуальном тазике. Для этого просят клиентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях и раздвинуть. После завершения процедуры спереди пациентку просят повернуться набок (или помочь ей), перевернуться, чтобы помыть ягодицы.

*Клиент.* Следует встать сбоку от клиента и смочить салфетку (варежку) водой. Аккуратно отодвинув пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажают головку полового члена, обрабатывают его, а также кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку, меняя салфетки по мере загрязнения. Просушивание проводят в той же последовательности. По окончании процедуры (у женщин и мужчин) убирают судно, клеенку, удобно укладывают пациента, накрывают его простыней, одеялом, убирают отработанные материалы в контейнер для обработки, снимают перчатки, моют руки (с использованием мыла или антисептика), делают соответствующую запись о выполненной процедуре в документации.

### ***Мытье обездвиженного подопечного.***

*В постели.* Лежачего больного можно полностью помыть в ванне, под душем или провести обмывание всего тела в кровати. Процедуру проводят по плану, получив согласие пациента. Желательно, чтобы перед процедурой мытья пациент опорожнил мочевой пузырь. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24 °С, температура воды – 37–40 °С. Ухаживающий надевает перчатки, убирает одеяло и снимает ночную рубашку (пижаму) с больного. Затем подопечного поворачивают на бок и подстилают под него непромокаемую простыню для защиты постельного белья в области ягодиц. Далее клиента переворачивают на спину, т.е. укладывают на подготовленную простыню. Пациента укрывают, обнажив лишь верхнюю часть тела. Смочив в мыльном растворе рукавичку-мочалку, подопечного обмывают в следующей последовательности: область шеи, декольте, грудь (у

женщины тщательно промывают область под молочными железами), правая рука и подмышечная впадина, левая рука и подмышечная впадина, спина. После этого насухо вытирают кожу путем промокания, избегая грубых трущих движений. Далее верхнюю часть тела пациента укрывают простыней, а нижнюю обнажают и обмывают в следующей последовательности: живот, правое бедро, правая нога (тщательно моют межпальцевые промежутки), левое бедро, левая нога, ягодицы. Кожу насухо вытирают путем промокания без грубых трущих движений. Затем проводят процедуру подмывания, расчесывают волосы, грязное белье убирают в мешок и меняют нательное белье. При мытье и вытирании следует внимательно осмотреть кожу подопечного в местах возможного образования пролежней, а также в областях кожных складок, подмышечных впадин, промежностей и подгрудных складок (места наибольшего скопления пота и грязи).

*В ванне.* Температура в помещении должна быть около 24 °С, на пол около ванны кладут нескользящие коврики, на стенах должны быть поручни, на полу в ванной не должно быть воды. Необходимые принадлежности – полотенце, чистое белье и халат. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, вначале наливают в нее холодную воду, а затем добавляют горячую до нужной температуры. Температура воды в ванне должна составлять 35–37 °С. При нарушении функций нижних конечностей подопечный перемещается со стула на край ванны, одной рукой держась за настенный поручень. С помощью другой руки подопечный перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и далее, держась одной рукой за поручень, а другой – за край ванны, опускается в нее. Мытье в ванне начинают со смачивания всего тела теплой водой, моют голову, затем - тело, руки, ноги. Положение больного в ванне – полулежа с упором на подставку для ног. Вода должна доходить до верхней трети груди больного и не покрывать область сердца.

### ***Смена нательного белья и переодевание при различных видах и типах ограниченной мобильности.***

Переодевание немобильного клиента. Снимают рукав со здоровой руки, подтягивая ее ближе к шее. Затем перемещают руку к горловине рубашки, повернув голову на бок и уложив ее на свою ладонь. Подняв голову подопечного, снимают рубашку с лица на затылок. После этого, положив больную руку на свое предплечье, ухаживающий снимает рубашку с руки подопечного.

Одевание нательного белья. Рукав рубашки больного, предназначенный для одевания на больную конечность, собирают одной рукой. Вторую руку просовывают в собранный рукав. Ухаживающий кладет кисть высунутой из рукава больной руки себе на ладонь, а рукав рубашки переносит со своей руки на больную руку пациента до плеча, после чего ее укладывает. Далее надевают второй рукав на здоровую руку и просят подопечного, чтобы он, удерживая здоровой рукой больную, поднял руки и голову. Ухаживающий через голову со стороны лица по направлению к затылку одевает ночную сорочку или рубашку, придерживая пациента под плечи и голову. После этого просят пациента положить голову, освободить руки и при помощи поддерживающего захвата приподнимают подопечного. Поддерживая одной рукой больного под подмышку, другой рукой опускают рубашку как можно ниже. Аккуратно положив пациента, приподнимают его ягодицы и опускают рубашку вниз до конца.

Смену брюк производят аналогичным образом. Клиента следует перевернуть на здоровую сторону и аккуратно снять штанину с больной конечности. Затем его переворачивают на другую сторону и снимают штанину с другой конечности.

### *Смена постельного белья.*

Смену постельного белья производят 1 раз в 7–10 дней и в экстренном порядке - по мере загрязнения.

**Продольный способ.** Если кровать имеет ограждение, его следует опустить. При наличии сменной подушки на нее сразу надевают чистую наволочку. Чистую простыню, пеленки и клеенку следует скрутить валиком в продольном направлении, повернув подопечного на бок от себя и устойчиво устроив его на боку. Края грязного белья высвобождают из-под матраса и скручивают валиком продольно в направлении спины клиента. Грязную простыню необходимо максимально докрутить до подопечного, подоткнув ее под тело. Подготовленную в виде валика чистую простыню раскладывают на кровати и раскручивают в направлении спины пациента. После этого клиента сначала снова укладывают на спину, а затем на другой бок, снимают грязное белье и складывают в мешок. Следующий этап предполагает раскручивание чистой простыни и пеленки. Далее убирают одеяло, накрывают подопечного пододеяльником и расправляют его, достают одеяло из грязного пододеяльника и вдевают его в чистый пододеяльник. После этого поднимают боковое ограждение, переходят на другую сторону, где опускают боковое ограждение, заправляют края чистой простыни под матрас и поднимают боковое ограждение.

**Поперечный способ.** При этом способе замену простыни производят сверху вниз. Один ухаживающий может придерживать клиента за голову, шею и плечи, а второй - непосредственно менять белье. Клиента приподнимают поддерживающим захватом. Один ухаживающий удерживает клиента через всю спину за подмышку, а другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем раскручивают чистую простыню до ягодиц подопечного, меняют подушки или наволочки на них и аккуратно укладывают пациента. Второй ухаживающий поднимает и удерживает ноги подопечного, а первый скручивает грязную простыню, кладет ее в мешок и раскручивает чистую простыню до края кровати.



*Средства для проведения гигиенических процедур*



#### ***Тема 2.4. Нарушения процессов опорожнения***

Опорожнение кишечника (дефекация) должно проходить регулярно, безболезненно и в должном объеме. В противном случае возможно возникновение запора. Состав каловых масс зависит от характера пищи и функционирования пищеварительного тракта. В норме кал при смешанной пище имеет желтовато-бурый, коричневый цвет, при мясной – темно-коричневый, при молочной диете – желтый или светло-желтый. Большое количество ягод в пище (черной смородины, черники, вишни) окрашивает испражнения в темный цвет. Некоторые лекарственные средства также изменяют цвет кала (например, прием соли висмута, железа, йода придает калу черный цвет). При наличии примеси крови в кале цвет кала может быть черным, а вид каловых масс – дегтеобразным. В норме кал имеет мягкую консистенцию (плотность). При различных патологических состояниях кал может быть кашицеобразным, умеренно плотным, плотным, жидким, полужидким. Глинистая консистенция кала и серый цвет указывают на значительную примесь неусвоенного жира, что бывает при закупорке желчного протока. Форма кала в норме – цилиндрическая, колбасовидная. При сужениях или спазмах толстого кишечника кал может быть лентовидным или иметь форму плотных шариков (овечий кал). Запах зависит от состава пищи и интенсивности процессов брожения и гниения. Мясная пища дает резкий запах, молочная – кислый. Примеси в кале могут быть в виде слизи, гноя, крови, кишечных паразитов и случайных инородных тел. Слизь образуется в виде комочков, клочков, пленок различной величины на поверхности кала. Слизистые частицы могут быть смешаны с кровью или окрашены желтыми пигментами. Гной в кале имеет вид желтоватых непрозрачных комочков. Чаще всего он перемешан со слизью или с калом, который обычно имеет жидкую или полужидкую консистенцию. Кровь, видимую невооруженным глазом, встречают в кале в виде сгустков различной величины на его поверхности либо смешанной с гноем или слизью. Темная кровь в кале бывает при кишечном кровотечении из верхних отделов кишечника, а светлая кровь на поверхности кала указывает на геморроидальное кровотечение.

Опорожнение мочевого пузыря за сутки может быть различным в зависимости от количества выпитой жидкости, интенсивности обмена веществ, температуры окружающей среды и др. В среднем мочеиспускания происходят 4–6 раз в сутки, а общее количество выделяемой мочи составляет около 1 литра. Моча, вырабатываемая почками, постепенно скапливается в специальном резервуаре – мочевом пузыре. По мере его наполнения появляется позыв на мочеиспускание, вначале слабый, затем все более настойчивый. Наибольшее одномоментное количество мочи обычно выделяется утром, так как во время сна чувство позыва притуплено. Днем же позыв на мочеиспускание возникает при значительно меньшем наполнении мочевого пузыря. Силой воли можно подавить позыв (в этом иногда имеется необходимость), однако систематически этого делать не следует: может развиться расширение мочевого пузыря, что создает условия для возникновения в нем воспалительного процесса, вызывающего впоследствии нарушение деятельности почек. Ведение дневника наблюдения отправлений позволяет объективно оценивать состояние пациента, следить за развитием болезни и ходом лечения, а также своевременно принимать необходимые меры.

Запор (констипация) — нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более чем на 48 часов, выделение твердых каловых масс, часто сопровождающихся ощущением напряжения и дискомфорта. При отсутствии специальных противопоказаний (болезни сердца, отеки) больной, страдающий запорами, должен

выпивать в сутки примерно 1,5–2 литра жидкости. Прием достаточного количества жидкости очень полезен, поскольку вследствие замедленной эвакуации каловых масс из кишечника происходит их высыхание, что, в свою очередь, затрудняет их продвижение по толстой кишке. Важно соблюдать правильный режим питания. Пищу необходимо принимать не реже 5 раз в день. Недопустимы большие перерывы между приемами пищи.

Профилактика запоров: контроль питания, питьевой режим, вспомогательные манипуляции к дефекации, учет привычек, тренировка по времени, препараты, смягчающие стул, препараты для вызывания дефекации, клизмы.

Обезвоживанием (дегидратация) называют потерю воды и солей, необходимых для нормальной работы организма. Обезвоживание развивается в случае, если организм теряет жидкости больше, чем этого требуется.

Тест для определения наличия обезвоживания: кожу берут в складку

- если складка кожи разглаживается сразу — обезвоживания нет;
- если складка кожи не разглаживается и сохраняется даже в течение небольшого промежутка времени, воды в организме недостаточно.

При умеренном и выраженном обезвоживании пациент должен быть госпитализирован в лечебное учреждение. Умеренное обезвоживание может быть купировано пероральным (через рот) введением воды. Взрослым с обезвоживанием легкой степени для восполнения потерь жидкости следует пить чистую воду.

Адекватный водный режим человека помогает предотвратить обезвоживание. Адекватность водного режима можно оценить по цвету мочи: в норме она должна иметь соломенный цвет.

К методам профилактики обезвоживания и обеспечения адекватного потребления жидкости относят: употребление первых блюд (суп) во время обеда, питье воды и соков между приемами пищи, наличие вблизи от пациента стакана воды, который при необходимости можно выпить.

### ***Абсорбирующее белье, виды, замена.***

Это специальное белье, предназначенное для ухода за больными с недержанием мочи и кала легкой, средней и тяжелой степеней. К абсорбирующему белью относят простыни, пеленки, прокладки, вкладыши, подгузники, которые применяют в качестве средств ухода за больными с различными формами недержания мочи и кала для профилактики повреждений кожного покрова (пролежней), обеспечения физического и психологического комфорта

*Виды абсорбирующего белья*

<b><i>Изображение</i></b>	<b><i>Предназначение/описание</i></b>
	<p><b>Впитывающие урологические прокладки и фиксирующие трусики</b> можно использовать постоянно. Применяют для ухода за ходячими и малоподвижными пациентами, сохраняющими способность к самообслуживанию. Виды впитывающих урологических прокладок зависят от пола больного: существуют прокладки, предназначенные только для мужчин, только для женщин, а также для мужчин и женщин.</p>



	<p><b>Простынь (пеленка) абсорбирующая</b> может иметь различные технические характеристики. Размеры простыни могут быть разными: 40.60 см, 60.60 см, 60.90 см. В зависимости от размеров изделия и плотности материалов меняется впитывающая способность простыни (пеленки)</p>
	<p><b>Подгузники</b> используют, как правило, постоянно для ухода за больными с недержанием мочи и кала. Выбор вида подгузника определяют возраст, телосложение (вес, объем талии и бедер), форма недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая), степень активности больного.</p>
	<p><b>Подгузники-трусы</b> используют в тех случаях, когда необходимо поощрять или поддерживать независимость пациента. Не рекомендовано использовать трусы для лежачих больных, так как в этом положении с изделием трудно обращаться (затруднена замена подгузника). Задача такого подгузника – быть максимально незаметным для окружающих (он имитирует нижнее белье). Подгузник-трусы одевают и носят как обычное белье, он не требует дополнительной фиксации.</p>
	<p><b>Эластичные сетчатые штанишки</b> для надежной фиксации прокладок. Легкие, мягкие, воздухопроницаемые, сделаны из особо прочного материала и плотно облегают тело. Многоцветные. Возможна ручная или машинная стирка при температуре не выше 60 °С.</p>

#### *Замена абсорбирующего белья.*

Менять подгузники необходимо каждые 3–4 часа или после очередной дефекации. В тех случаях, когда такая частая замена невозможна, следует отдать предпочтение подгузникам повышенной степени впитываемости.

*Смена прокладки немобильному пациенту.* Надевают перчатки. Под подопечного кладут пеленку, заправив концы под матрас. Положение подопечного – на спине. Затем сдвигают трусы до колена. Прокладку свертывают внутрь и проводят между ног подопечного (прокладку не достают). Далее обрабатывают интимную зону сначала салфетками для интимной гигиены, а затем моющим раствором над судном, промокают кожу. После этого поворачивают подопечного на бок, убирают прокладку, сворачивая ее внутрь, и обрабатывают кожу салфетками для интимной гигиены или моют водой над судном, промокают кожу. Затем разворачивают прокладку, проводят ее между ног широкой частью спереди назад. Расправляют прокладку на ягодицах так, чтоб индикатор наполнения располагался

вдоль позвоночника, фиксируют прокладку с помощью штанов и поворачивают подопечного на спину. Расправляют переднюю часть прокладки, формируют гульфик и фиксируют прокладку штанишками. Штаны одевают швами наружу.

*Смена подгузника.* Для того чтобы правильно одеть подгузник на взрослого лежащего больного, необходимо вынуть его из упаковки и отогнуть все сложенные элементы, слегка растянуть, расправляя все имеющиеся складки; при необходимости скрутить или помять подгузник, что способствует лучшему прилеганию к телу и поможет избежать протекания жидкого кала и мочи. Надевают перчатки, фиксируют кровать, опускают изголовье немного ниже горизонтали во избежание скатывания подопечного. Со стороны ухаживающего опускают боковые ограждения, а с противоположной стороны поднимают их. Больного поворачивают налево, слегка согнув ноги в коленях. Защитную пеленку сворачивают в трубочку до половины по длинной стороне и подкладывают под спину больного (как при смене постельного белья). Больного поворачивают на спину, расправляют свернутую часть пеленки. Проводят подмывание подопечного. Подготавливают подгузник. Вновь поворачивают больного на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подкладывают под спину так, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) – по линии позвоночника. Поворачивают больного на спину, слегка согнув его ноги в коленях. Аккуратно расправляют подгузник под спиной больного. Протягивают переднюю часть подгузника между ногами пациента на живот и расправляют ее. Опускают ноги подопечного. Последовательно застегивают нижние липучки, сначала правую, затем левую (или наоборот), плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела больного снизу-вверх. Затем закрепляют верхние липучки в направлении поперек тела больного.

При одевании подгузника на обычного подопечного, способного передвигаться самостоятельно, выполняют те же манипуляции (растягивают, расправляют складки, сложенный вдвое подгузник пропускают между ног спереди назад, расправляют обе части и закрепляют липучими элементами). При этом пациент должен стоять прямо, немного расставив ноги. В обоих случаях обращают особое внимание на то, что индикатор наполнения должен располагаться вертикально (по линии позвоночника, как бы продолжая ее).

### ***Помощь в пользовании судном.***

*Лежащий клиент* все физиологические отправления совершает, не сходя с постели, поэтому помогать ему нужно так, чтобы не причинить лишнего беспокойства и не загрязнить постель. Прежде, чем начать санитарные мероприятия, кровать пациента желательнее отгородить ширмой, место под судно застелить непромокаемой клеенкой, судно ополоснуть теплой водой.

*Частично мобильный клиент* в состоянии сам приподнять таз, согнув ноги в коленях и держась руками. Если у подопечного не хватает сил, следует аккуратно подвинуть руку под крестец и медленно помочь приподнять ему таз. Судно подкладывают узкой частью под крестец до совмещения отверстия судна с промежностью. По окончании опорожнения судно вынимают из-под больного аналогичным способом. Промежность больного очищают влажной салфеткой.

*Немобильный клиент.* Фиксируют колеса кровати и надевают перчатки. Пациента укладывают на бок. Судно подкладывают под подопечного путем его вдавливания в матрас под углом 45°. После этого подопечного разворачивают на спину. При этом одной рукой придерживают судно, а второй – таз подопечного. Следует убедиться в том, что судно стоит ровно. Ноги клиента должны быть



согнуты в коленях (под парализованную ногу подкладывают валик). Подопечного укрывают и на некоторое время отходят. После физиологических отправлений подопечного следует помыть.

### ***Гигиенический туалет стомы.***

Гигиенический туалет колостомы необходимо производить регулярно. При этом не следует бояться дотрагиваться до стомы: стома – это не рана, а уход за ней – это не перевязка. Следовательно, не нужно никаких специальных и стерильных условий для ухода за стомой и кожей вокруг нее. Если пациент лежит, необходимо приготовить непромокаемую пеленку, чтобы накрыть постельные принадлежности. Моют руки с мылом, осторожно удаляют калоприемник и выбрасывают его в специально подготовленный герметичный пластиковый пакет. Содержимое дренируемых мешков сначала опорожняют в унитаз. Далее стому и кожу вокруг нее промывают теплой водой и обрабатывают очистителем для кожи: это делают круговыми движениями, постепенно приближаясь к стоме. Для этого можно использовать мягкие салфетки. При уходе за стомой нельзя пользоваться ватой, так как оставшиеся на коже или стоме волокна ваты могут вызвать раздражение, а также будут препятствовать герметичному наклеиванию калоприемника. Не следует использовать и мыло, так как оно сушит кожу, удаляет ее естественный защитный барьер и делает ее более уязвимой для механических повреждений и проникновения микроорганизмов. При обработке стомы и кожи вокруг нее нельзя использовать антисептические растворы и спирт. Кожу просушивают промокающими движениями мягким полотенцем или марлевой салфеткой. На кожу вокруг эпицистостомы наносят пасту Лассара или другую мазь, рекомендованную врачом. После впитывания остатки мази удаляют с помощью салфетки. Для утилизации калоприемника используют полиэтиленовые пакеты. Использованные калоприемники нельзя выбрасывать в унитаз. Кожа вокруг стомы требует постоянного внимания. Она должна быть неповрежденной, чистой и сухой. На состояние кожи вокруг стомы влияют такие факторы, как уход за стомой, индивидуальные особенности кожи, а также диета и лечение.

### ***Тема 2.5. Правила и принципы перемещения***

#### ***Помощь клиенту с ограниченной мобильностью при передвижении.***

Пересадить из кровати на стул/коляску. Если необходимо пересаживание в коляску, в первую очередь необходимо зафиксировать кровать. Далее следует объяснить подопечному план перемещения и посадить его в кровати так, чтобы его ноги касались пола. После этого ставят стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная. Если подопечного перемещают на кресло-каталку, предварительно необходимо убрать подлокотник, подставки для ног и зафиксировать тормоза. Колени человека, предоставляющего уход, должны быть согнуты, спина выпрямлена. Одну руку подкладывают под плечи подопечного, а другую — под его бедра. Подопечный обнимает предоставляющего уход за талию или за плечи (не за шею!), а он продевает свои руки под руками подопечного, наклоняясь вперед. Ягодицы клиента должны быть на краю кровати, ноги стоять на полу, а пятки быть слегка повернутыми в направлении движения. Далее необходимо произвести следующие действия:

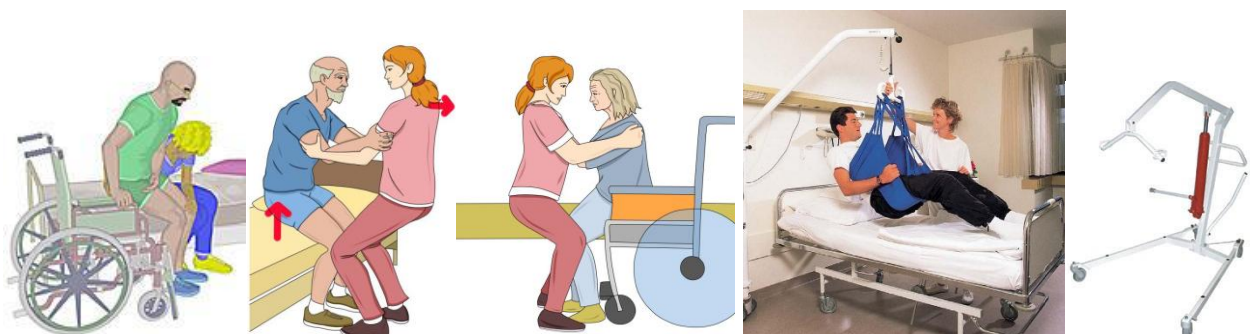
- Встать как можно ближе к подопечному.

- Поставить свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями подопечного, а другую — по направлению движения.
- Согнуть свои колени, напрячь мышцы живота и ягодиц, спину держать только прямо.
- Предупредить подопечного, что на счет «три» он получит поддержку для того, чтобы встать.
- На каждый счет («один», «два») слегка покачиваться вперед и назад для создания инерции.
- На счет «три», прижимая подопечного к себе и держа спину прямо, поднять подопечного, используя свое тело, как рычаг. При повороте не смещать свои ноги, разворачиваться на пятках. Поворачиваться одновременно с поворачиванием тела подопечного до тех пор, пока его спина не займет положение точно перед креслом-каталкой.
- Осторожно опустить подопечного в кресло, согнув колени, но держать спину прямо.
- После этого установить подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместить ноги подопечного.

Для пересаживания, так и для перемещения клиентов в ванную комнату и создания более комфортных условий проведения водных процедур можно использовать подъемники.

Подъемники для перемещения помогают в уходе за клиентами с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, а также за лежачими больными. С помощью подъемника можно легко переместить клиента из кровати в кресло, в ванную и туалет, не прилагая при этом усилий.

Перемещение клиента из кровати в кресло. Для перемещения подопечного из кровати в кресло необходимо перевернуть клиента на бок или помочь ему перевернуться самостоятельно. После этого подвес подкладывают под спину как можно дальше и собирают его в небольшие складки. Далее клиента вновь переворачивают на спину и вытягивают подвес с другой стороны. Важно убедиться, что лямки подвеса расположены под бедрами клиента. Следующий этап — закрепление лямки на поперечной перекладине подъемника. Если предполагают просто перемещение подопечного, необходимо закрепить лямки, скрестив их, а в случае, когда планируют проведение гигиенических процедур, скрещивать лямки подвеса при их закреплении на поперечной перекладине не требуется. После этого необходимо слегка приподнять подопечного и проверить надежность крепления. Если все в порядке и клиент чувствует себя комфортно, можно поднять подвес и медленно переместить подъемник к нужному месту (к креслу или ванне). По прибытии клиента опускают, отсоединяют подвес и отодвигают подъемник. Лишь после этого можно убрать подвес из-под клиента.



### ***Транспортировка на кресле-каталке***

Передвижение на кресле-каталке возможно при различных уровнях мобильности: когда пациент сам в состоянии управлять ею, а также когда управление каталкой осуществляет помощник. В любом случае пациента в коляске не рекомендовано оставлять без наблюдения. При длительном нахождении в коляске необходимо проводить профилактику пролежней. Каждая коляска имеет свои технические параметры, которые необходимо изучить перед ее использованием. При управлении коляской необходимо следить за безопасностью пациента, а если транспортировку осуществляют на улице, необходимо также соблюдать правила дорожного движения.

Спуск с бордюра осуществляют обратным ходом во избежание падения пациента из коляски при наклоне вперед. Необходимо развернуть коляску, подъехать к краю бордюра, остановиться, предупредить сидящего о предстоящем маневре, попросить его (если это возможно) держаться за поручни, после чего, медленно наклонив коляску назад, спустить заднее колесо вниз и, отъехав на заднем колесе, аккуратно поставить коляску на все четыре колеса, развернуться и продолжать движение.

Подъем на высокий бордюр, когда невозможно заехать передними колесами, наклонив коляску, также осуществляют обратным ходом. Следует развернуть коляску, подъехать вплотную к бордюру, предупредить пациента о предстоящем маневре, наклонить коляску назад и затянуть ее на бордюр. Далее необходимо отъехать назад, чтобы коляску можно было поставить на четыре колеса. После этого можно развернуться и продолжить движение.

При необходимости движения по наклонной плоскости вверх необходимо тщательно рассчитывать свои силы, вес пациента и длину пути. Большую опасность представляет ситуация, когда человек, предоставляющий уход, не сможет удержать коляску с пациентом, и она покатится вниз. Ехать с горки необходимо задним ходом, развернув коляску. Если спуск крутой, существует опасность падения, так как коляска может разогнаться и потянуть помощника за собой.

### ***Передвижение с ходунками***

Ходунки – приспособления реабилитации для людей с ограниченными возможностями. Они предназначены для самостоятельного передвижения людей с проблемами опорно-двигательного аппарата. Особая потребность в ходунках возникает на этапе реабилитации, когда человек физически окреп и может уже частично контролировать мышцы ниже уровня поражения и пробовать ходить. При передвижении ходунки помогают держать равновесие и обеспечивают устойчивость.

- Не шагающие ходунки человек ставит перед собой и, опираясь на раму, двигается внутри рамы, переставляя всю конструкцию ходунков.

- Шагающие ходунки позволяют передвигаться поочередно, переставляя раму, делая шаги вместе с человеком.

- Универсальные ходунки могут быть как фиксированными, стационарными, так и шагающими. Дополнительная возможность для ходунков – использование колесиков. Для пациентов с ослабленными руками могут подойти ходунки с передними колесами, поскольку их не нужно приподнимать и переставлять, а просто подталкивать.


Роллаторы – это ходунки с тремя или четырьмя колесами, они позволяют передвигаться достаточно быстро и комфортно, оснащены сиденьем для отдыха,

корзиной для вещей и ручным тормозом. У большинства моделей ходунков для взрослых предусмотрена возможность регулировки высоты, поэтому ее можно подобрать индивидуально для каждого человека. При использовании ходунков люди, осуществляющие уход, наблюдают или сопровождают пациентов. Передвижение с ходунками сопровождается повышенным риском падения, что необходимо учитывать при составлении индивидуального плана ухода.

### ***Транспортировка с помощью подъемника***

При использовании подъемника для перемещения пациента важно совершать действия в определенной последовательности и следовать правилам техники безопасности, поскольку от этого зависит безопасность подопечного. Перед первым перемещением следует подробно рассказать пациенту, что и как Вы собираетесь делать, чтобы снять страх и напряжение. Очень важно перед каждым использованием подъемника проверять его исправность. Кресло (кровать), из которого пациент будет перемещен, равно как и то, в которое он будет помещен, должны стоять на тормозе. Важно правильно расположить пациента на подвесе. Подъем осуществляют строго вверх по вертикали. Нельзя поднимать пациента под углом – это может привести к опрокидыванию подъемника, особенно если вес пациента приближается к максимально допустимой нагрузке подъемного механизма. Во время подъема тормоза передних колес основания должны быть отпущены – это позволит подъемнику балансировать и правильно распределять нагрузку. Подъемник ставят на тормоз толь кона время хранения. Во время перемещения следует находиться рядом с пациентом. Если он нервничает, необходимо поговорить с ним, отвлечь его. Перемещение и размещение пациента по окончании транспортировки следует производить медленно. Для того чтобы подложить подвес при перемещении из кресла на кровать, следует немного наклонить спину пациента вперед, аккуратно его поддерживая, и расположить подвес за ним. Затем необходимо убедиться в том, что середина подвеса совпадает с линией позвоночника пациента, и протянуть подвес вниз до самого сиденья. После этого следует вернуть спину в вертикальное положение и медленно протащить подвес под бедрами так, чтобы можно было пропустить лямки между ног пациента. Последующий алгоритм действий такой же, как при перемещении из кровати в кресло.

### ***Основные средства малой реабилитации, используемые в процессе содействия мобильности***

<b><i>Название</i></b>	<b><i>Предназначение/описание</i></b>	<b><i>Изображение</i></b>
<b>Ходунки</b>	Ходунки – устройство для облегчения самостоятельного передвижения маломобильных людей. Для удобства существуют фиксированные и «шагающие» модели, а также на колесиках (роллаторы). Ходунки помогают поддерживать равновесие и устойчивость в вертикальном положении, переносить вес тела на руки.	

<p><b>Люлька для подъемника</b></p>	<p>U-образный подвес состоит из прямоугольного основания и двух лямок. Лямки пропускают между ног и крепят к крючкам поперечной перекладины подъемника. Ножные лямки перекрещивают</p>	
<p><b>Подъемник</b></p>	<p>Предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных из кровати, кресла, для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Возможен подъем больного от уровня пола до высоты 90 см</p>	
<p><b>Кресло-каталка</b></p>	<p>У больного, не способного самостоятельно передвигаться, имеется ежедневная потребность в передвижении для посещения душа, туалета, прогулки и др. Каталки подходят и для домашнего использования (габариты каталок позволяют использовать их в небольших квартирах)</p>	
<p><b>Пояс для перемещения</b></p>	<p>Предназначен для облегчения перемещения в положение сидя на краю кровати, в положении сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно, а также с одного приспособления для сидения на другое), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя</p>	
<p><b>Костыль</b></p>	<p>Костыль с опорой под локоть двойной, регулируемый. Удобные легкие костыли с опорой под локоть имеют регулируемую длину от пола до рукояти и от рукояти до опоры под локоть</p>	

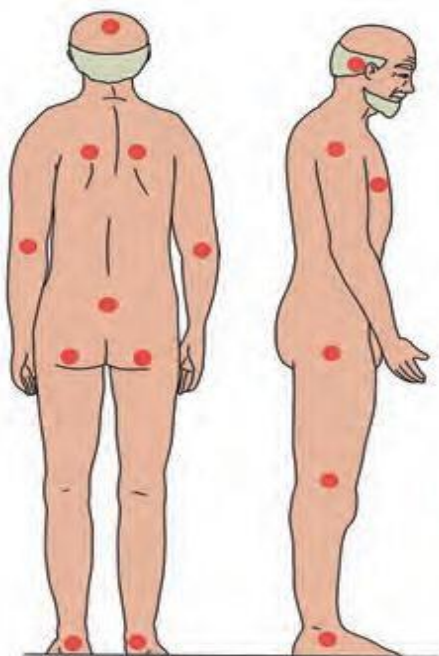


## **Тема 2.6. Причины образования пролежней, методы профилактики.**

### **Уход и профилактика пролежней.**

Пролежни – это повреждения кожи и подлежащих тканей, которые возникают вследствие сдавливания тканей при длительном контакте с твердой поверхностью (кроватью, инвалидным креслом, шиной и др.) Пролежни появляются в результате обескровливания и омертвения тканей в месте сдавления кожи.

Профилактические мероприятия в первую очередь включают правильную мобилизацию подопечного. Мероприятия по мобилизации должны быть регулярными и частыми по времени (например, изменение положения тела в постели производят с интервалом не реже, чем 2 часа). Помимо этого, большое значение имеют наблюдение за состоянием кожного покрова, мероприятия для улучшения кровообращения и поддержание общего удовлетворительного состояния. Если речь идет уже о поврежденных участках тела – пролежень может развиваться быстрее, чем за 2 часа. Следует понимать, что наличие поверхностного повреждения указывает на уже существующее нарушение кровообращения и к мобилизации пациента следует приступать как можно раньше. К мероприятиям мобилизации относят не только действия типа «сесть», «встать», «пересадить» и подобные, а также дополнительные движения и специальные упражнения. Например, во время утреннего туалета, одевания и раздевания – это активные и пассивные движения. Главные цели изменения положения тела в постели – уменьшение давления, увеличение площади давления и сокращение времени давления. При наблюдении за кожным покровом обращают внимание на его цвет (красный, голубоватый, бледный), состояние (пузырьки, мокнутие, сухость), изменение целостности. Необходимо помнить, что красное пятнышко уже может быть пролежнем. Важное мероприятие ухода за кожей – ее защита от длительного воздействия кала или мочи. При сухой коже используют крем «вода в масле», а при жирной – «масло в воде». В соответствии с современными подходами, не следует использовать чистые жиры, такие как вазелин, детское жидкое масло (это нарушает физиологический тепловой и газообмен). Места, где кожа соприкасается с кожей (естественные складки), всегда должны быть сухими. Особое внимание уделяют питанию, оно должно включать достаточное количество жидкости, витаминов и белков.



Во время ухода за пролежнями, прежде всего, необходимо:

- освободить место пролежня от давления;
- строго соблюдать питьевой режим;
- строго придерживаться всех назначений и рекомендаций врачей.

Алгоритм профилактики и ухода за пролежнями

1. Оценка риска возникновения пролежней
2. Прогноз возникновения пролежней
3. Планирование ухода
4. Осуществление программы
5. Оценка эффективности изменений



### ***Тема 2.7. Профилактика контрактур и уход при контрактурах***

Контрактура – ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, вызывающее атрофию мышц, которая проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости, а длительное укорочение определенных мышц ведет к ограничению движения сустава вплоть до полной его неподвижности. К первоочередному профилактическому мероприятию относят придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии. Такое положение препятствует натяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц. Среднее физиологическое положение достигают при следующих установках конечностей.

Плечевой сустав: отведение –  $45^\circ$ , сгибание –  $40^\circ$ , ротация плеча внутрь –  $40^\circ$ .

Локтевой сустав: сгибание  $80^\circ$ , среднее положение между пронацией и супинацией (ладонь обращена к грудной клетке).

Кистевой сустав: разгибание –  $10^\circ$ . Положение пальцев кисти – слегка согнуты во всех суставах, большой палец немного отведен. Можно в руку дать тренировочный мячик.

Тазобедренный сустав: сгибание  $40^\circ$ .

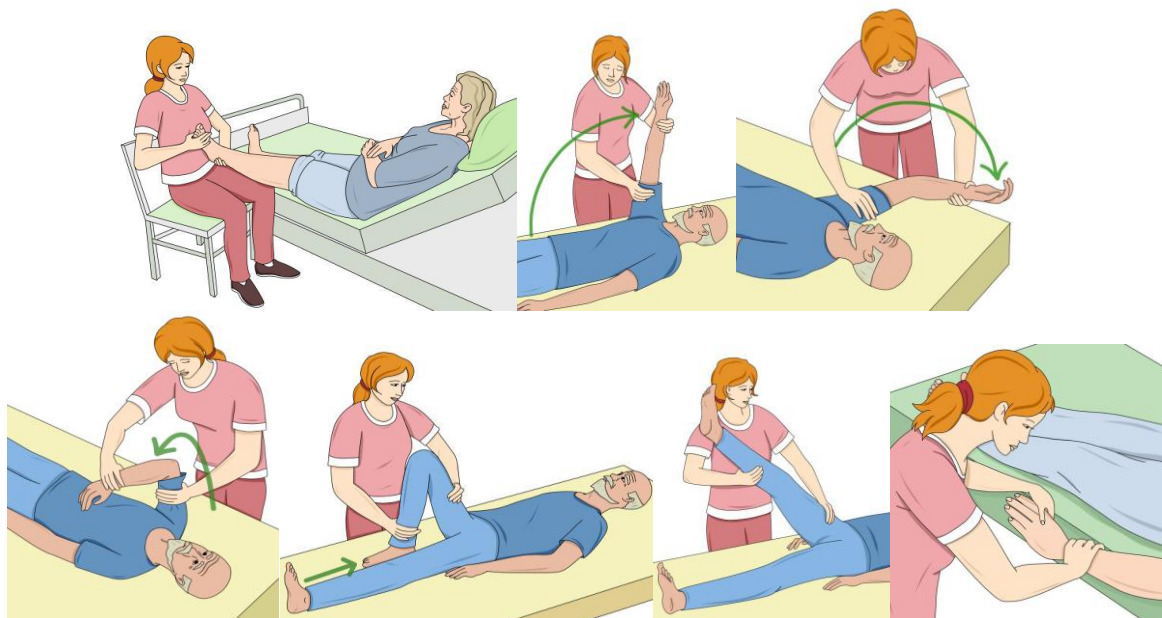
Коленный сустав: сгибание –  $40^\circ$ .

Голеностопный сустав: подошвенное сгибание стопы –  $10^\circ$ .

Для профилактики конской стопы можно использовать подставку под одеяло, которая не позволяет одеялу давить на стопу больного. Для профилактики контрактуры суставов стопы следует освободить стопу от давления одеяла и придать ей положение под углом  $90^\circ$ . Для этого можно воспользоваться ортезом или подоткнуть под ноги больного подушку.

Для профилактики контрактуры суставов стопы следует освободить стопу от давления одеяла и придать ей положение под углом 90°. Для этого можно воспользоваться ортезом или подоткнуть под ноги больного подушку.

Пассивные движения оказывают благоприятное влияние при тугоподвижности суставов, при укорочениях связочного аппарата, мышечных контрактурах, сращениях и отложениях, которые образуются около сустава и ограничивают его движение. Если в процессе проведения пассивных движений появляются покраснение суставов, потепление кожи на них, упражнения останавливают. Желательно проводить упражнения чаще и понемногу, постепенно увеличивая время (начиная с 5 минут).



При планировании ухода проводят анализ мобильности головы, плеч, рук, верхней части тела, ног, стоп. Наличие контрактур фиксируют с описанием резерва мобильности. В физиологическом положении в постели достигают значительного снижения или даже полного устранения гипертонии мышечных групп и понижения внутрисуставного давления. Расслабление мышц и создание полного покоя поврежденной конечности устраняют источник возникновения болей в области очага раздражения. Однако пациенты должны по возможности оставаться мобильными. В случаях уже сформировавшихся контрактур необходимо осуществлять медленное и дозированное растяжение мягких тканей сгибательных поверхностей конечностей, прилагая усилия непосредственно к костям. Следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм. Ориентация действий при проведении манипуляций во многом зависит от основного заболевания, локализации и вида контрактур.

Существуют и общие принципы ухода:

- постепенное растяжение контрагированных тканей, проводимое после предварительного расслабления мышц;
- укрепление растянутых вследствие контрактуры мышц;
- обеспечение безболезненности воздействий.

## **Тема 2.8. Профилактика опрелостей и потницы**

Интертриго (опрелость) – заболевание кожи в области естественных складок.



Провоцирующие факторы развития интертриго: повышенная потливость; снижение иммунитета на фоне хронически протекающих заболеваний; аллергические реакции; ношение чрезмерно теплой (не по сезону) одежды; использование белья и одежды, изготовленной из синтетической ткани; ношение одежды не по размеру, которая натирает кожу; недостаточный гигиенический уход; лишний вес. У полных людей образуются складки на коже, в которых может появляться интертриго.

При интертриго на коже в складках появляются мелкие пустулы и пузырьки с гнойным содержимым. Пузырьки быстро вскрываются, на их месте образуются поверхностные эрозии, покрытые корочками. При интертриго площадь эрозий быстро увеличивается, отдельные элементы сливаются, образуя обширные мокнущие пятна темно-красного оттенка. По границам очагов могут появляться новые пузырьки, после их вскрытия поверхность эрозии увеличивается. Очертания очагов при интертриго неправильные, пятна окружены каемкой из отслоений. В глубине эрозий нередко образуются болезненные трещины. В большинстве случаев интертриго локализуется в областях подмышечных впадин, межпальцевых, ягодичных и паховых складок. У женщин часто поражается кожа под молочными железами. Полные люди часто страдают от интертриго складок на животе. В межпальцевых складках часто развивается кандидозная форма интертриго (кандидоз межпальцевый). Без лечения псевдомонадное интертриго приобретает хроническое течение и может стать причиной развития экземы.

Важное мероприятие при проведении гигиены – ежедневное промывание естественных складок кожи с последующим их высушиванием. После произвольных испражнений и мочеиспусканий обязательно и своевременно проводят туалет кожи и складок. Показаны также воздушные ванны для складок кожи. Можно лежать с руками, отведенными в стороны или вверх, отводить ноги в стороны или выпрямлять их, класть пациента на живот, прокладывая между пальцами ног или рук небольшие валики так, чтобы пальцы были раздвинуты. Для лежачих больных необходимо использовать чистое и сухое постельное и нательное белье. К профилактическим мероприятиям относят все действия для предупреждения недержания мочи и кала, отказ от напитков и еды, способствующих возникновению аллергии, устранение причин повышенного потоотделения (например, использование одежды и постельного белья, не вызывающих усиленного потоотделения). При недержании мочи и кала применяют подгузники и проводят их своевременную смену.

### **Модуль 3. Технические средства реабилитации (ТСР) для граждан, нуждающихся в долговременном уходе**

Для создания условий безопасной жизнедеятельности и достойного качества жизни, бытовая среда должна быть оборудована соответствующими дефициту самообслуживания конкретного подопечного средствами малой реабилитации.





К средствам малой реабилитации относят:

- кресла-коляски;
- ходунки;
- противопролежневые матрасы;
- туалетные стулья;
- функциональные кровати;
- прикроватные столики;

- подъемники;
- специальные столовые приборы;
- реабилитационные пояса;
- транспортировочные доски и др.

<i>Название</i>	<i>Предназначение/описание</i>	<i>Изображение</i>
<b>Многофункциональная кровать</b>	Кровать со специальной конструкцией, разработанной для размещения лежачих пациентов. Используют в стационарах медицинских учреждений, домах престарелых, различных социальных учреждениях и домашних условиях. Конструкционные особенности медицинской кровати облегчают медперсоналу и родным уход за больным и позволяют размещать его в комфортной и физиологически более выгодной позе.	
<b>Кресло-туалет</b>	Кресло-туалет предназначено для размещения в прикроватном пространстве, чтобы минимизировать расстояние ослабленного пациента до туалета. Кресло-туалет можно регулировать по высоте, и оно, как правило, снабжено подлокотниками, на которые можно опереться.	
<b>Подъемник</b>	Подъемник предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных с кровати и кресла, для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Устройство поднимает больного от высоты пола до высоты 90 см.	
<b>Люлька для подъемника</b>	U-образный подвес состоит из прямоугольного основания и двух лямок. Лямки пропускают между ноги крепят к крючкам поперечной перекладины подъемника. Ножные лямки перекрещивают.	

<p><b>Судно</b></p>	<p>Подкладное судно – специальное приспособление для осуществления актов дефекации и мочеиспускания больного в кровати, который по тем или иным причинам не может испражняться в туалете. Передняя часть, которую подкладывают под крестец, –очень низкая</p>	
<p><b>Ванночка для мытья головы в постели</b></p>	<p>Надувная ванночка позволяет аккуратно вымыть голову пациенту, оставляя сухими другие части тела и постель.</p>	
<p><b>Ходунки</b></p>	<p>Ходунки – устройства для облегчения самостоятельного передвижения людей, имеющих с этим сложности. Существуют фиксированные, «шагающие» модели, а также ходунки на колесиках (роллаторы). Ходунки помогают поддерживать равновесие и устойчивость в вертикальном положении (переносят вес тела на руки, разгрузив нижние конечности).</p>	
<p><b>Веревочная лестница</b></p>	<p>Приспособление для принятия сидячего положения в кровати. Используют для реабилитации людей с ограниченными функциями опорно-двигательного аппарата (помогают человеку принять сидячее положение из положения лежа).</p>	

<p><b>Опора под спину</b></p>	<p>Опору под спину с регулировкой угла наклона используют для ухода за больными с частичной утратой функций опорно- двигательного аппарата в стационаре и домашних условиях.</p>	
<p><b>Доска для перемещения</b></p>	<p>Функциональное приспособление для перемещения пациента, который не в состоянии передвигаться на собственных ногах. Во время перемещения больного доску располагают одним концом близко к пациенту, а другим – рядом с местом, куда больной должен пересечь (например, к сиденью кресла). Использование подобной доски уменьшает нагрузку на помощника, а также позволяет пациенту в силу своих возможностей участвовать в перемещении, физически тренируя себя, что помогает ему почувствовать себя более самостоятельным.</p>	
<p><b>Рука для перемещения</b></p>	<p>Предназначен для облегчения перемещения в положении лежа. Выполнен из материала, стороны которого имеют разный коэффициент скольжения, что препятствует соскальзыванию и облегчает скольжение внутренних поверхностей изделия.</p>	
<p><b>Диск для перемещения</b></p>	<p>Предназначен для облегчения поворота при перемещениях. С помощью него можно осуществить поворот на угол от 0° до 360° в положении сидя и при пересаживании.</p>	

<p><b>Круг противопро- лежневый</b></p>	<p>Применяют для профилактики пролежней в области крестца, на ягодицах, а также при лечении пролежней в данных областях для разгрузки поврежденной поверхности и ускорения заживления.</p>	
<p><b>Подушка «банан»</b></p>	<p>Форма, размер и конструкция подушки позволяют использовать ее в разных положениях. U-образная форма подушки снижает давление на плечи, шею и внутренние органы. Подушку считают ортопедической, она очень удобна в применении для лежачих больных.</p>	
<p><b>Валик под шею</b></p>	<p>У больных при принятии положения «сидя» голова часто падает на грудь, вправо, влево. Валик под шею помогает решить эту проблему. Валик мягко обхватывает шею и поддерживает голову, добавляя комфорта. Возможно использование валика и во время сна.</p>	
<p><b>Подушка противопро- лежневая</b></p>	<p>Применяют для профилактики пролежней у людей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. Обеспечивает дополнительный комфорт в сидячем положении.</p>	
<p><b>Противопро- лежневый матрас</b></p>	<p>Предназначен для лечения и предотвращения пролежней у длительно и неподвижно лежащих больных. Может использоваться как в больничных, так и в домашних условиях.</p>	
<p><b>Набор специализи- рованных столовых приборов</b></p>	<p>Поить больного можно с помощью специального поильника, оснащенного двумя ручками, или через соломинку. Если больной может есть самостоятельно, используют специальную посуду для кормления лежачих больных.</p>	



<b>Столик прикроватный</b>	<p>Нижняя часть столика заезжает под кровать, а столешница располагается над лежащим на кровати человеком. Функции столика: хранение необходимых вещей, прием пищи в постели, хранение напитков, необходимых между приемами пищи.</p>	
<b>Противоскользящий коврик на стол</b>	<p>Можно вырезать любой необходимой длины коврик для стола под посуду. Служит хорошей защитой от падения приборов при самостоятельном принятии пищи пациентами с ограниченной способностью самообслуживания. Коврик также удобен для размещения любых предметов досуга.</p>	

Подбор малых средств осуществляют индивидуально. Целесообразность использования различных средств малой реабилитации в различных ситуациях детально рассмотрена в темах 8 – 12. Специалист по уходу оказывает помощь в организации безопасной среды, адаптированной к потребностям больного или престарелого человека.

Специалист по уходу обеспечивает максимальную безопасность, использует вспомогательные средства и предупреждает падения пациента и травмы:

- при проведении ежедневных процедур личной гигиены больных с ограниченными возможностями самоухода;
- при оказании помощи во время физиологических отправления;
- при осуществлении подъема, поворотах или перемещении лиц с ограниченными возможностями, их транспортировке в инвалидной коляске или на кроватях.

#### **Модуль 4. Особенности взаимодействия с гражданами, нуждающимися в долговременном уходе и их социальным окружением**

##### ***Тема 4.1. Оценка психологического состояния гражданина***

При наличии подозрений на то, что у человека возникают проблемы в когнитивной сфере и имеются проявления деменции, необходимо принять меры по объективному исследованию нарушений в данной сфере: изучить анамнез гражданина, провести первичное обследование. Оценка когнитивных функций имеет большое значение для психодиагностического обследования.

Иногда целесообразно исследовать когнитивные функции в начале беседы. Оценивают внимание, способность ориентироваться в пространстве и времени, память. Желательно распределить вопросы на протяжении всей беседы, а не задавать их единым блоком. Необходимо заранее решить, какие именно вопросы

следует задать. Для оценки психического статуса в практике врачей-гериатров и неврологов, как правило, используют краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE).

### *Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)*

Инструкция:

1. Ориентировка во времени. Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7, так как это описано в 2.1.3.е. Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое ?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

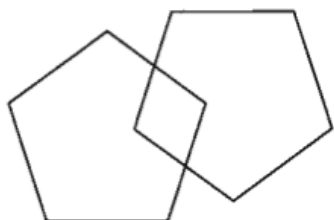
Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.



Проба	Оценка
1. Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3. Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4. Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5. Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6. Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните"	
1. Закройте глаза	0 - 2
2. Напишите предложение	
3. Срисуйте рисунок (*см. ниже)	0 - 1
Общий балл:	0-30

\*



#### Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

- 28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24 – 27 баллов – предметные когнитивные нарушения;
- 20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

#### ***Тема 4.2. Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами.***

В целях более точного планирования, организации и реализации процесса социального обслуживания получателей социальных услуг, ухода за ними, необходимо понимать, что имеющиеся у них психические заболевания влекут

определенные изменения и нарушения в психической, личностной и поведенческой сферах.

Основными признаками психического или поведенческого расстройства специалисты ВОЗ называют «нарушения мышления, настроения или поведения, которые выходят за рамки существующих культурных убеждений и норм», то есть – психологический дискомфорт, отклонение от обычной способности выполнения работы или обучения, «повышение риска смерти, страдания или нарушения деятельности».

У людей с психическими расстройствами могут наблюдаться различные физические, эмоциональные, когнитивные, поведенческие и перцептивные симптомы. Так, например:

- эмоционально человек может особенно сильно и несоразмерно произошедшим событиям чувствовать себя несчастным/«сверхсчастливым» или наоборот не иметь никаких адекватных чувств;

- в мыслительной сфере при психическом расстройстве могут нарушаться логические взаимосвязи мыслей, проявляться крайне положительные или безмерно отрицательные суждения о других и о самом себе, может утрачиваться способность критической оценки;

- в поведении человека симптомы психических расстройств выражаются в виде отклонений от принятых в обществе форм поведения (сексуальные перверсии, совершение бессмысленных движений, навязчивых действий и т. д.);

- больные хроническими психическими заболеваниями на отдаленных этапах течения болезни часто утрачивают волевые ресурсы психики, теряют побудительные мотивы деятельности.

Среди клиентов психоневрологического интерната можно выделить три основные категории лиц:

1. Инвалиды, больные шизофренией с выраженным дефектом психики – люди, утратившие в результате болезни коммуникативные функции, социальные связи и профессиональные навыки. Участие в трудовых процессах для этой категории имеет цель реадaptации, восстановление утраченных функций и адаптации в новых условиях психоневрологического интерната; важное значение имеет дифференцированный подход с учётом степени нарушенных и сохранившихся функций, уровня сохранности профессиональных и трудовых навыков инвалидов. В связи с этим возрастает роль индивидуальных программ реабилитации, ИПРА.

2. Умственно отсталые лица – их клинико-психологические особенности требуют совершенно иного реабилитационного подхода по сравнению с больными шизофренией. На протяжении всего реабилитационного процесса также важны индивидуальные программы реабилитации, которые позволяют проследить динамику развития психики и моторики умственно отсталых лиц, рост их социальных связей и трудовых навыков.

3. Лица, страдающие эпилепсией, органической и сенильной деменцией – несмотря на различия нозологической принадлежности этих заболеваний, общим для них, являются интеллектуально-мнестические расстройства, которые определяются грубым органическим процессом головного мозга. Реабилитационная работа с такими людьми строится таким образом, чтобы имеющийся дефект не отражался на результатах деятельности клиентов. Для них необходимо предусмотреть такие виды труда, которые не ориентированы на память, внимание. Выполнение работ стереотипного характера, в которых участвует моторика, а действия совершаются в рамках привычных в жизни больших движений, поможет решить реабилитационную задачу.

Необходимо отметить, что диагноз «умственная отсталость», имеющийся у большинства клиентов психоневрологического интерната – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Выделяют 4 степени выраженности умственной отсталости: глубокая – идиотия; тяжелая – имбецильность; умеренная; легкая.

Люди с ограниченными умственными возможностями отличаются недостаточным развитием психических процессов: различные по характеру и глубине нарушения умственной деятельности, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, которые приводят к нарушению познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта. У умственно отсталых людей на уровне нервных процессов имеет место слабость замыкательной функции коры головного мозга, инертность нервных процессов, повышенная склонность к сохранному торможению. Все это создает патогенную основу для снижения познавательной активности в целом.

Нарушения восприятия у лиц с умственной отсталостью проявляются в замедленном темпе, сужении объема, недифференцированности признаков образов, слабая ориентировка в пространстве и т. д.

Для умственно отсталых людей свойственна недостаточность внимания, особенно произвольного, которое определяют точность восприятия, прочность запоминания, направленность и продуктивность мышления, воображение. Внимание умственно отсталых лиц пассивное, непроизвольное. Низкий уровень произвольного внимания умственно отсталых связан с недоразвитием волевых качеств (нетерпение, выкрикивание отдельных реплик, задавание не относящихся к теме вопросов).

Касаясь процессов запечатления, сохранения и последующего узнавания или воспроизведения того, что было в прошлом, то есть памяти, можно отметить следующее. Точность и прочность запоминания словесного и наглядного материала у умственно отсталых людей достаточно низкая. При воспроизведении они многое пропускают; переставляют местами элементы, нарушая логику; часто повторяются; привносят новые элементы, основываясь на случайных ассоциациях. Объем запоминаемого у них очень ограничен. У умственно отсталых людей превалирует непреднамеренное (непроизвольное) запоминание.

Характеризуя интеллектуальную недостаточность умственно отсталых людей, М.С. Певзнер утверждает, что она выражается в неспособности к отвлеченным обобщениям, к установлению взаимосвязи между предметами и явлениями окружающей действительности, к их анализу и синтезу. Их мышление стереотипно и плохо подвижно, имеет наглядно-образный, ситуационный характер.

Психические расстройства, имеющиеся у клиентов психоневрологического интерната, подразделяются на две категории (уровни расстройств): неврозы и психозы.

Психозы – наиболее тяжелые проявления психического расстройства.

При психозе у человека полностью теряется или резко ослабляется способность правильно воспринимать и понимать окружающих, самого себя. Человек может видеть и слышать то, чего нет на самом деле, или высказывать бредовые идеи. При этом он часто не понимает, что болен, ведет себя неправильно или даже опасно. Психозы указывают на наличие психических расстройств: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, болезнь Альцгеймера и т.д.

Основные признаки психоза:

- неправильное восприятие окружающего мира

- отсутствие критики к собственному состоянию
- нелепое или опасное поведение, обуславливающее социальную дезадаптацию больного.

Неврозы – относительно легкие психические нарушения. При них у человека сохраняется правильное восприятие окружающего мира, а также критика к собственному состоянию и поведению. Невротическая симптоматика включает в себя такие проявления, как астения, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, фобии и т.д. Основные формы неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия, системные неврозы.

У лиц с ограниченными умственными возможностями встречаются также расстройства психического развития – группа нарушений психического развития: синдром Дауна, ДЦП и другие.

Синдром Дауна характеризуется общим психическим недоразвитием, а среди личностных особенностей преобладают добродушие, внушаемость, стремление к общению.

ДЦП – расстройство, связанное с двигательными функциями и произвольным контролем движений. Интеллект при этом может быть не нарушен. Двигательная сфера характеризуется такими особенностями, как спазмы, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, речевые расстройства.

Важно затронуть вопрос о социальной опасности психически больных людей, которая может быть обусловлена двигательными возбуждениями, импульсивными поступками, помрачением сознания, галлюцинациями, бредовыми идеями, стремлением к суициду, слабоумием и отсутствием чувства опасности.

Социальная опасность человека в состоянии острого двигательного возбуждения, как правило, проявляется в том, что он может внезапно побежать, отталкивая всех на пути, угрожая тяжелыми и острыми предметами; при этом у него появляется большая физическая сила, чем в спокойном состоянии.

Опасность может быть обусловлена расстройством сознания и галлюцинациями, когда человек не понимает последствия своих поступков. В подобной ситуации он может выпрыгнуть из окна; он не понимает смысла медицинских процедур. Его агрессивность может быть обусловлена следствием бредовой убежденности. Ввиду отсутствия чувства опасности такие люди могут наносить себе порезы и другие повреждения.

Нарушения поведения у людей с умственной отсталостью и психическими расстройствами могут быть следующих видов:

- компенсаторные (связанные со сложностями социальной адаптации людей с данной патологией в здоровом коллективе);
- структурные (возникающие вследствие общеорганического поражения ЦНС);
- клиничко-патологические (являющиеся следствием сопутствующих умственной отсталости психических заболеваний).

1. Компенсаторные нарушения поведения. Говоря о данном виде нарушений поведения, нужно понимать, что человек с умственной отсталостью – это особый человек, который в силу своих психических особенностей иначе воспринимает окружающий мир. Незрелость основных нервных процессов, неустойчивость психики делают такого человека уязвимым для действия многих отрицательных факторов, нарушающих формирование поведенческих актов. В первую очередь, данная категория людей сталкивается с трудностями во взаимоотношениях с окружающими людьми, которые в большинстве случаев не знают психических особенностей, в результате чего возникают конфликты. Такие люди начинают

проявлять агрессию в своем поведении, которая выступает как защитная реакция на возникающие трудности или гиперкомпенсация интеллектуального отставания в развитии при сохранном соматическом здоровье.

2. Структурные нарушения поведения. Нарушения поведения, являющиеся следствием раннего органического поражения ЦНС. Данная форма поведенческих нарушений не является диагностическим критерием умственной отсталости у людей. С равной долей вероятности нарушения поведения данной группы могут возникать как у людей с умственной отсталостью, так и у людей с сохранным интеллектом.

Структурные нарушения поведения, представлены двумя основными формами:

- **Аффективно-неустойчивые структурные нарушения поведения.** Это наиболее распространенный вид структурных нарушений поведения. Наиболее часто они проявляются психопатоподобным поведением, т. е. внешне напоминающим психопатию (аффективно-неустойчивое расстройство личности), но не являющиеся таковыми в действительности. Наиболее часто для данных нарушений поведения характерны повышенная возбудимость, гнев и ярость по любому поводу или без него, т. е. выход чувств из-под контроля, расторможенность чувств и влечений. Близко к последнему примыкают бесцеремонность, отсутствие сдерживающих начал, чувства вины, и переживания случившегося. В плане общения – это неуживчивость со сверстниками, конфликтность и агрессивность, не обусловленные объективными причинами.

- **Эмоционально-лабильные структурные нарушения поведения.** В данном варианте органические нарушения мозга проявляются преимущественно повышенной утомляемостью, высокой истощаемостью нервных процессов, заторможенностью чувств и влечений, общей пассивностью и вялостью, что обычно в медицинской терминологии обозначается как церебрастенический синдром. Часто для людей с такими нарушениями поведения характерны явления выраженной недостаточности показателей внимания и явления компенсаторной гиперактивности.

3. Клинико-патологические нарушения поведения. Нарушения поведения данной группы людей с умственной отсталостью возникают не вследствие основного заболевания, а в рамках клинических проявлений сопутствующих психических нарушений (шизофрения, расстройства личности различного генеза, биполярное аффективное расстройство, и т.д.).

В настоящее время выделяют следующие, наиболее часто встречающиеся варианты нарушений поведения у людей с умственной отсталостью: побег, уход из дома или другого места постоянного проживания; агрессивность; нарушение дисциплины и поведения в общественных местах; воровство; злоупотребление алкоголем; суицидальное поведение; нарушения влечений.

По степени сформированности навыков самообслуживания и имеющимся ограничениям граждан можно разделить на следующие группы:

1. **Медико-социальная реабилитационная группа с полной зависимостью:** человек не способен самостоятельно осуществлять основные категории жизнедеятельности, имеет постоянную зависимость от других лиц, ввиду значительно выраженных стойких нарушений функций организма.

Специфика расстройств	Категория граждан	Характеристика ограничений	Описание объема помощи
Тяжелые психические заболевания	Инвалиды 1 и 2 групп, которые в силу психических	Прикован к постели и (или) не может	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий

	расстройств (шизофрения, тяжелая умственная отсталость, синдром Дауна) признаны недееспособными, утратили способность к самообслуживанию и активному передвижению	передвигаться самостоятельно без посторонней помощи. Нуждается в круглосуточном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Не может быть оставлен один без присмотра	для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, находящихся на постельном режиме
Тяжелые неврологические	Инвалиды 1 и 2 групп, которые в силу неврологических расстройств (ДЦП, эпилепсия, органические поражения ЦНС) утратили способность к самообслуживанию и (или) активному передвижению	Прикован к постели и (или) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи. Нуждается в круглосуточном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Не может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости.
Тяжелый когнитивный дефицит	Граждане пожилого возраста, инвалиды 1 и 2 групп, которые в силу каких-либо неврологических или психических расстройств утратили способность к самообслуживанию и (или) передвижению	Прикован к постели и (или) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи. Нуждается в круглосуточном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Не может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости.

Тяжелые двигательные нарушения	Инвалиды 1 и 2 групп, которые в силу каких-либо заболеваний или травм утратили способность к самообслуживанию и (или) активному передвижению	Прикован к постели и (или) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи. Нуждается в круглосуточном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Не может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости.
--------------------------------	--	---	---

2. Медико-социальная реабилитационная группа с **выраженной зависимостью**: человеку необходимо использовать вспомогательные средства, помощь другого человека или специально созданные для проживания условия, ввиду выраженных нарушений функций организма.

<b>Специфика расстройств</b>	<b>Категория граждан</b>	<b>Характеристика ограничений</b>	<b>Описание объема помощи</b>
Психические заболевания	Инвалиды 2 и 3 групп, которые в силу психического заболевания (шизофрения, органические заболевания головного мозга, аффективные расстройства, эпилепсия без выраженного слабоумия и расстройств поведения, и т.д.), имеют выраженную зависимость в осуществлении самообслуживания и (или) активном передвижении	Выраженное ограничение возможностей самообслуживания при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и т.д. Возможно, нуждается в дополнительных средствах передвижения: кресло-коляска, ходунки, костыли. Может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, имеющих выраженную зависимость.



Неврологические заболевания	Инвалиды 2 и 3 групп, которые в силу неврологического заболевания (ДЦП, эпилепсия, органические поражения ЦНС), имеют выраженную зависимость в осуществлении самообслуживания и (или) активном передвижении	Выраженное ограничение возможностей самообслуживания при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и т.д. Возможно, нуждается в дополнительных средствах передвижения: кресло-коляска, ходунки, костыли. Может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, имеющих выраженную зависимость.
Умеренный когнитивный дефицит	Граждане пожилого возраста и инвалиды 2 и 3 групп, которые в силу каких-либо психических заболеваний частично утратили способность к самообслуживанию и (или) передвижению	Выраженное ограничение возможностей самообслуживания при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и т.д. Возможно, нуждается в дополнительных средствах передвижения: кресло-коляска, ходунки, костыли. Может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, имеющих выраженную зависимость.
Двигательные нарушения	Инвалиды 2 и 3 групп, которые в силу каких-либо заболеваний частично утратили способность к самообслуживанию и (или) активному	Выраженное ограничение возможностей самообслуживания при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода.

	передвижению	и т.д. Возможно, нуждается в дополнительных средствах передвижения: кресло-коляска, ходунки, костыли. Может быть оставлен один без присмотра	Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, имеющих выраженную зависимость.
--	--------------	--	---

3. Социально-реабилитационная группа с умеренной зависимостью: у человека незначительная или умеренно выраженная зависимость, самостоятельно способен осуществлять жизнедеятельность того или иного вида с определенными трудностями и преимущественно без помощи вспомогательных средств, в связи с временными, умеренно выраженными, или стойкими нарушениями функций организма.

Специфика расстройств	Категория граждан	Характеристика ограничений	Описание объема помощи
Без выраженных нарушений	Граждане пожилого возраста страдающие хроническими соматическими заболеваниями или умеренно выраженными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	Может передвигаться самостоятельно или с помощью трости. Незначительное ограничение возможностей самообслуживания. Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест, выполняет другие виды повседневной активности. Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности.	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Оказание социально-бытовой и психологической помощи.

#### **Тема 4.3. Этика общения с больными людьми**

При взаимодействии с человеком, имеющим ограниченные возможности, важно учитывать *особенности собеседника*, ведь это позволит сделать ваше

общение не только приятным и комфортным, но и более эффективным. Так как формы инвалидности различны, то и приёмы общения с ними существенно отличаются друг от друга. Принято различать методы взаимодействия с инвалидами в связи с их диагнозом. Например, люди с нарушением слуха, испытывающие трудности передвижения, произвольными движениями и т.д.

Во время общения с людьми, имеющими ограниченные возможности, необходимо помнить о важных особенностях взаимодействия с данной категорией граждан и опираться в своей работе на различные методы и приемы общения в соответствии с возрастом инвалида.

*Люди с задержкой в развитии и проблемами общения:*

- Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.
- Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все «по шагам». Дайте возможность Вашему собеседнику обыграть каждый шаг после того, как Вы объяснили ему.
- Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии.
- Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как Вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими людьми, например: планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
- Обращайтесь непосредственно к человеку.

*Люди с психическими нарушениями:*

- Люди с психическими нарушениями обязательно нуждаются в кураторстве, сопровождении со стороны других людей.
- Обращайтесь с людьми с психическими нарушениями как с личностями.
- Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют навыков и способностей.
- Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что Вы можете сделать, чтобы помочь ему.
- Не говорите резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания.

*Люди, испытывающие затруднения в речи:*

- Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их - в ваших интересах.
- Не перебивайте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он (она) уже закончил.
- Не притворяйтесь, если Вы не поняли, что Вам сказали.
- Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять Вас.
- Если у Вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли Ваш собеседник использовать другой способ - написать, напечатать.

*Общение с человеком в инвалидной коляске:*

- Не думайте, что необходимость пользоваться инвалидной коляской - это трагедия. Это способ свободного (если нет архитектурных барьеров) передвижения. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили

способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

- При разговоре обращайтесь непосредственно к человеку.
- Если вы общаетесь с человеком в инвалидной коляске, вначале спросите у него или у нее, не нужна ли помощь.
- Не облакачивайтесь и не опирайтесь на коляску, если только ее владелец не разрешил вам этого сделать.
- Наклонитесь или присядьте, расположитесь рядом на стуле, чтобы оказаться на одном уровне с инвалидной коляской.
- Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.

#### *Люди с плохим зрением:*

- Предложите свою руку.
- Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как с обычным домашним животным. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.
- Всегда проясняйте, в каком формате человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, аудиокассета.
- Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он Вас не видит и его сопровождает помощник.
- Если Вы читаете для человека, который плохо видит или не видит, сначала расскажите о том, что Вы собираетесь читать. Говорите нормальным голосом.

#### *Люди, которые плохо слышат:*

- Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.
- Существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если Вы не знаете, какой предпочесть, спросите.
- Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно легко тронуть человека за руку или плечо, или же помахать рукой.
- Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то.
- Если Вас просят повторить что-то несколько раз, попробуйте перефразировать свое предложение.

Три главных коренных условия обеспечения эффективных взаимоотношений с другим человеком:

1. Наличие эмпатии.
2. Отсутствие осуждения.
3. Активное слушание.

Важным аспектом при взаимодействии с человеком является эмпатическая способность видеть мир с точки зрения клиента. Хотя невозможно прожить жизнь другого человека и впитать в себя его опыт, как он или она выстрадали его, познать те чувства, которые он или она испытывали в той или иной ситуации, можно выразить им свое сочувствие. Эмпатия – понимание эмоционального состояния другого человека посредством проникновения в его субъективный мир. Это способность ощутить чувства другого человека, не втягиваясь в процесс их переживаний. При этом необходимо различать следующие слова: жалость («мне жаль тебя»), симпатию («я сочувствую тебе»), эмпатию («я – с тобой»). «Эмпатия человека зависит от доступности и богатства собственного опыта, точности

восприятия, умения настроиться, слушая клиента, на одну эмоциональную волну с ним».

Отсутствие осуждения. При беседе с другим человеком должна создаваться атмосфера доверия. Для этого желательно уточнять у говорящего правильно ли его поняли. Исполняя роли слушателей или помощников, используя во взаимодействии такие качества как понимание, неосуждение, искренность мы должны постоянно осознавать наши собственные ценности и отношения. Если мы не будем делать этого, мы не сможем в полной мере взаимодействовать с другим человеком. Оказание помощи, таким образом, нечто большее, чем применение нескольких изученных приемов; это процесс, который вовлекает всего человека.

Активное слушание – отражение говорившему человеку того, что было услышано от него слушателем.

Существует ряд приемов активного слушания:

1. Повторение – воспроизведение того, что сказал клиент. Обычно повторение последнего слова или фразы содержит в себе согласие, одобрение собеседника;

2. Переформулировка – попытка сказать то же самое, но другими словами. Переформулировка лучше в виде вопроса. Повторение и переформулировка являются одними из лучших способов тренировки способности слышать все, что было сказано, и получить от клиента обратную связь, что свидетельствует о взаимопонимании. Активность слушания колеблется в процессе беседы, и что – то из сказанного можно пропустить или отвлечься. Поэтому лучше еще раз переспросить, с тем, чтобы быть уверенным в правильности понятого и дать возможность собеседнику ощутить консультанта как заинтересованного слушателя;

3. Отражение – значит определение ведущих чувств или отношений, о которых клиент может и не сказать, но которые лежат в контексте его слов. Отражающий консультант становится своего рода зеркалом и может показать клиенту, то, что он сам в себе не замечает. Для этого необходимо слушать не только слова, но и тон, модуляции, экспрессию и манеру говорить. Когда консультант улавливает, о каком чувстве умалчивает собеседник, и получает подтверждение правильности своей гипотезы, доверие собеседника, как правило, возрастает;

4. Уточнение – этот прием позволяет уточнить информацию, предоставляемую клиентом. В этом случаи консультант задает открытые вопросы (что, где, когда, каким образом);

5. Обобщение – позволяет суммировать то, что было сказано. Как правило, взволнованный или потрясенный человек может и не заметить, что в ходе беседы уже рассмотрено несколько вариантов решения проблемы, или что консультант вместе с ним уже двигается во вполне определенном направлении, или же сам собой напрашивается какой-либо резонный вывод.

Условия обеспечения успешных взаимоотношений с другим человеком:

1. Необходимо искренне интересоваться проблемами других людей, быть хорошим слушателем, говорить о том, что интересует собеседника.

2. В разговоре следует использовать понятные литературные слова. Ваша речь не должна содержать непонятных слов и оборотов.

3. Необходимо следить за реакцией слушателей. Поэтому при общении необходимо создать условия, чтобы ничто не отвлекало от разговора. Говорить необходимо не быстро, с перерывами между словами, выражение лица должно быть приветливым и доброжелательным. Если человек не реагирует на речь говорящего, возможно, он не понимает содержания информации или не согласен с ней. В этом

случаи следует узнать о причинах такой реакции;

4. Нужно владеть собой во всех острых жизненных ситуациях, не создавать конфликтных ситуаций своим поведением. Отвечать необходимо мягко, отводя разговор от темы, вызывающей раздражение.

5. Следует помнить, что каждый человек обладает уникальными достоинствами.

### **Модуль 5. Формирование терапевтической среды (комфортных и безопасных условий) для пожилых людей и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания. Организация доступной среды.**

Под термином терапевтическая среда в наиболее широком понимается та часть окружающей среды, которая непосредственно или косвенно оказывает любое воздействие на различные аспекты сущности клиента, находящегося в социальных учреждениях с целью осуществления мероприятий профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, поддерживающих, а также наблюдения и ухода за ним. Терапевтическая среда, таким образом, представляет собой искусственно созданные, максимально благоприятные условия, окружающие индивида, исключающие воздействия потенциально неблагоприятных факторов при его пребывании в стационарных учреждениях.

Создание и поддержание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности пожилых людей осуществляется путем использования всех компонентов среды (физических условий, медицинского, психологического и социального), взаимодействующих между собой и имеющих реабилитационное и терапевтическое воздействие на клиента, независимо от его возраста и гериатрического статуса.

При формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания базовые или общие мероприятия должны включать три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты среды; социально-медицинские; психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий, а также нивелирование воздействия потенциально неблагоприятных факторов .

- *Интерьерный и экстерьерный компоненты среды.*

Цель: оказание социотерапевтического воздействия окружающей среды на личность пожилого человека.

Важное значение в создании терапевтической среды имеет эстетическое оформление всех помещений (холлов, коридоров и комнат), использование современных дизайнерских решений, безопасных строительных материалов. В жилых комнатах рекомендуется создание максимального уюта, обеспечение комфортного температурного режима, оснащение удобной комфортной мебелью, адаптированной к нуждам пожилых и инвалидов, индивидуальное освещение, использование элементов домашней обстановки (картины, фотографии, предметы домашнего интерьера, разнообразие комнатных растений). Необходимо рациональное размещение информации в учреждении (часы с крупным циферблатом, календари, указывающие дату и день недели, «бегущая строка», общая информация на стендах о работе учреждения, сотрудниках учреждения, режим дня, расписания мероприятий, информационные указатели помещений, в том числе пиктограммы, тактильно-информационные знаки). В коридорах, в палатах, в туалетных и ванных комнатах необходимо устройство поручней, оборудование на лестницах и лестничных площадках. В целях профилактики синдрома падений необходимо создание широких свободных проходов,

обеспечение достаточной освещенности во всех помещениях, исключение скользких неровных поверхностей, острых углов, фиксация ковровых покрытий к полу. Следует предусмотреть наличие кнопки вызова персонала в жилых комнатах.

Экстерьерный фактор среды предусматривает благоустройство территории учреждения, создание эстетически оформленной внешней среды с использованием ландшафтных элементов в оформлении мест отдыха (установка удобных скамеек для отдыха, беседок и павильонов; оформление широких, с гладким покрытием, прогулочных дорожек; разбивка газонов и цветочных клумб, посадка деревьев и кустарников.). Для оздоровительных занятий целесообразно оборудование спортивных площадок и уличных тренажеров.

Безопасная и доступная внешняя среда – важный аспект формирования терапевтической среды. Здоровый человек сам в состоянии создать вокруг себя безопасное окружающее пространство, тогда как человек с дефицитом самообслуживания нуждается в посторонней помощи и дома, и вне его.

Например, известно, что пожилые люди, живущие дома, падают, по крайней мере, раз в год. Пожилые люди падают в самых обыденных ситуациях – вставая с постели, со стула или в тот момент, когда садятся, ходят по дому, а также на мокром полу в ванной комнате и туалете, зацепившись за ковер или шнуры, перешагивая порог, поднимаясь или спускаясь по лестнице. Часто падение происходит из-за неудобных тапочек. Для пожилых людей падение может иметь тяжелые последствия – черепно-мозговые травмы, переломы костей и другие серьезные травмы. Если человек боится упасть, он естественно старается двигаться как можно меньше. Тем самым его возможности самообслуживания в быту уменьшаются, что приводит к депрессии, социальной изоляции и прогрессированию старческой астении. К факторам риска падений относится мышечная слабость, нарушение равновесия, неврологические и сердечно-сосудистые заболевания, падение артериального давления, болезни суставов и плохое зрение. Довольно часто пожилые люди падают при наличии спутанного сознания или делирия, а наличие деменции многократно увеличивает эту опасность.

Основной путь предотвращения падений, а также важный компонент заботы о качестве жизни человека с дефицитом самообслуживания – создание безопасной окружающей среды.

Рекомендации по созданию безопасной окружающей среды:

- Полы и лестницы должны быть чистыми и сухими, на них не должно быть ненужных предметов.
- У лестниц по всей длине и с обеих сторон должны быть перила, в верхней и нижней части лестницы – ограждения. Перила и ограждения необходимо надежно закрепить.
- Ступени лестницы должны быть в надлежащем состоянии. Недопустимы сломанные, шатающиеся или наклонные ступени.
- На лестницах не должно быть ковровых дорожек. Края ступеней желательно «окантовать» нескользким материалом.
- Ступени должны быть хорошо освещены. Выключатели должны находиться как в начале, так и в конце лестницы.
- На пути из одного помещения в другое не должно быть препятствий, порогов или незакрепленных проводов.
- Стены внутренних помещений желательно оборудовать поручнями.
- Не следует использовать мебель с выступающими углами и ножками.
- Ковры и ковровые покрытия должны иметь нескользящее основание.



- У ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потрепанных или порванных частей.
- В ваннных комнатах и душевых помещениях на полу должны лежать резиновые коврики или нескользкие покрытия.
- Рядом с ванной, душем и унитазом должны быть оборудованы поручни.
- Мыльница и полотенце должны находиться не далее расстояния вытянутой руки.
- Освещение должно быть достаточным в любое время суток (днем и ночью).
- Выключатели освещения должны располагаться рядом с дверью так, чтобы до них было удобно достать рукой. Выключатели настольных ламп и торшеров также должны быть под рукой.
- Доступ к кровати лежачего клиента должен быть обеспечен с обеих сторон.
- Кровать должна быть оборудована подъемными боковыми ограждениями и устройствами для подтягивания.
- В комнате клиента на видимом месте должны быть размещены часы и календарь.

Для обеспечения доступности, окружающая среда (территория учреждения и помещения внутри него) должна содержать конструктивные элементы, обеспечивающие доступность объекта и предоставляемых услуг маломобильным группам населения (Свод правил СП 59.13330.2016 «СНиП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения»):

- ✓ пандус на главном входе и в здании;
- ✓ кнопка вызова сотрудника;
- ✓ санитарно-бытовые помещения оснащены специальным оборудованием;
- ✓ предупреждающие и информационные знаки размещены на территории и в зданиях интерната;
- ✓ выделенные машино-места на стоянке для автомобилей;
- ✓ противоскользящая контрастная разметка первой и последней ступени на лестничных маршах;
- ✓ поручни в коридорах и рекреациях;
- ✓ информационные системы.

1. Пандусы. В здании должен быть как минимум один вход, приспособленный для маломобильных групп населения (далее – МГН), с поверхности земли и из каждого доступного для МГН подземного или надземного перехода, соединенного с этим зданием. Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед входами на пандусы должны иметь рифленую и/или контрастно окрашенную поверхность. Вдоль обеих сторон всех лестниц и пандусов, а также у всех перепадов высот более 0,45 м необходимо устанавливать ограждения с поручнями. Следует предусматривать бортики высотой не менее 0,05 м по продольным краям маршей пандусов, а также вдоль кромки горизонтальных поверхностей при перепаде высот более 0,45 м для предотвращения соскальзывания трости или ноги, что важно не только для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, но также и для других категорий инвалидов, в том числе слабовидящих и слабослышащих.

2. Лестницы. Под маршем открытой лестницы, имеющими высоту менее 1,9 м, следует устанавливать барьеры, ограждения и т.п., чтобы предотвратить падения и последующие травмы, особенно инвалидов по зрению. Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед входами на лестницы должны иметь

предупредительную рифленую и/или контрастно окрашенную поверхность. Лестницы должны дублироваться пандусами, а при необходимости - другими средствами подъема.. Вдоль обеих сторон всех лестниц необходимо устанавливать ограждения с поручнями.

3. Поручни. Вдоль обеих сторон всех лестниц и пандусов, а также у всех перепадов высот более 0,45 м необходимо устанавливать ограждения с поручнями.

4. Дверные проемы. Двери входной площадки должны иметь: навес, водоотвод, а в зависимости от местных климатических условий – подогрев для того, чтобы вход был доступен для любой категории инвалидов. Прозрачные двери и ограждения следует выполнять из ударопрочного материала. На прозрачных полотнах дверей следует предусматривать яркую контрастную маркировку. Поверхности покрытий входных площадок и тамбуров должны быть твердыми, не допускать скольжения при намокании и иметь поперечный уклон в пределах 1-2%. Ширина дверных и открытых проемов в стене, выходов из помещений и из коридоров на лестничную клетку должна быть - не менее 0,9 м. Дверные проемы не должны иметь порогов и перепадов высот пола. Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед дверными проемами и входами на пандусы должны иметь рифленую и/или контрастно окрашенную поверхность для обеспечения доступа в здание слабовидящих и слабослышающих инвалидов.

5. Лифты и подъемники. Здания следует оборудовать пассажирскими лифтами или подъемными платформами в случае размещения помещений, посещаемых инвалидами на креслах-колясках.

6. Пути движения. Участки пола на путях движения на расстоянии 0,6 м перед дверными проемами и входами на лестницы и пандусы, а также перед поворотом коммуникационных путей должны иметь предупредительную рифленую и/или окрашенную поверхность, допускается предусматривать световые маячки.

7. Санитарно-гигиенические помещения. В уборных необходимо предусматривать не менее одной универсальной кабины, доступной для всех категорий граждан. В кабине рядом с унитазом следует предусматривать пространство для размещения кресла-коляски, а также крючки для одежды, костылей и других принадлежностей. В санитарно-гигиенических помещениях следует предусматривать установку поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

8. Благоустройство прилегающей территории. Пешеходные пути. Рекомендуемая высота бордюров по краям пешеходных путей должна быть не менее 0,05 м. Высота бортового камня в местах пересечения тротуаров с проезжей частью, а также перепад высот бордюров, бортовых камней вдоль эксплуатируемых газонов и озелененных площадок, примыкающих к путям пешеходного движения, не должны превышать 0,04 м. Тактильные средства для инвалидов по зрению на покрытии пешеходных путей на участке следует размещать не менее чем за - 0,8 м до объекта информации, начала опасного участка, изменения направления движения, входа и т.п. Для покрытий пешеходных дорожек, тротуаров и пандусов не допускается применение насыпных или крупноструктурных материалов. Вход на территорию или участок следует оборудовать доступными для инвалидов элементами информации об объекте.

- *Социально-медицинские мероприятия.*

Цель: поддержание максимально возможного качества жизни и сохранение здоровья пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания.

Социально-медицинский компонент терапевтической среды должен включать средства и методы медико-социальной реабилитации, направленные на коррекцию

ведущих гериатрических синдромов. Обязательным условием является оценка общего состояния клиентов, показателей жизнедеятельности и динамическое наблюдение медицинским персоналом, при необходимости, измерение температуры тела, контроль артериального давления. При назначении медикаментозного лечения и проведения процедур, связанных со здоровьем, осуществляется строгий контроль за выдачей и приемом лекарств. С целью поддержания физической активности целесообразно использовать разнообразный арсенал реабилитационного оборудования и средств для занятий лечебной физкультурой, кинезотерапией, включающих разнообразные виды компенсирующих приспособлений и устройств. В стационарном учреждении социального обслуживания должны учитываться потребности в обеспечении одеждой и обувью с учетом запросов и пожеланий клиента, подбор вещей по сезону, росту, размеру; подбор удобной, при необходимости, ортопедической обуви для пациентов в целях профилактики синдрома падений. Следует обеспечить клиентам достаточный питьевой режим, разнообразное питание в столовой учреждения, при необходимости организовать диетическое питание.

Необходимо проводить занятия лечебной физической культурой, адаптивной физкультурой, скандинавской ходьбой, водные процедуры и закаливание, физиотерапию, массаж и т.д.

- *Психолого –педагогические мероприятия.*

Цель: создание благоприятного психологического микроклимата в стационарном учреждении социального обслуживания.

Психолого-педагогический компонент включает следующие мероприятия по социально-психологической адаптации пожилых людей и инвалидов:

- анкетирование клиентов, поступающих на стационарное обслуживание в дом-интернат, в целях получения общей информации о личной истории человека, его увлечениях, привычках и предпочтениях, которые затем могут быть использованы для его включения в социальную жизнь учреждения. Это позволит выявить «кризисных пациентов», нуждающихся в дополнительной психологической, социальной, бытовой поддержке.

- информирование о работе учреждения, о возможностях учреждения, о специалистах, досуговых мероприятиях, о расположении помещений. Из методов работы рекомендовано проведение индивидуальных и групповых консультаций психологов, специалистов по социальной работе. В целях расширения коммуникативных возможностей пожилых людей необходимо обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми, организация местной радиосвязи, выпуск ежемесячной газеты, буклетов, памяток, брошюр, создание видеофильмов о работе учреждения, функционирование сайта учреждения.

- использование социальных технологий для организация досуга и осуществления коррекции негативных проявлений и состояний.

Например, можно применять:

- а) арт-терапевтические методики (музыкотерапия, фототерапия, мемуаротерапия, библиотерапия, сказкотерапия, изотерапия, терапия творческим самовыражением).

- б) релаксационные методики: прогрессивная релаксация (аутотренинг); ароматерапия; светотерапия; массаж.

- в) применение метода биологически обратной связи – технология, которая с помощью компьютерной техники предъявляет субъекту информацию о состоянии и изменении тех или иных собственных физиологических процессов. Включает в себя исследовательские, лечебные, профилактические и физиологические процедуры.

Позволяет развить навыки саморегуляции психофизиологических механизмов за счет тренировки и повышения лабильности регуляторных механизмов. В функцию приборов последней генерации (например, «Реакор») входит придание процессу тренировки видимости игры.

г) эрготерапия. По сути, это междисциплинарная область медицинских знаний, основывающийся на фактах, что целенаправленная, имеющая для человека значение, деятельность помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические). На фоне применения эрготерапии происходит активация когнитивных процессов посредством их тренировки (тренингов памяти и внимания); активное получение новой информации в виде чтения, активного прослушивания аудиокниг, целенаправленного просмотра фильма, при этом просмотр телепередач не сопровождается активацией в силу инертности данного вида деятельности. Так же при занятиях эрготерапией происходит обучение новым навыкам: усиленное освоение профессиональных навыков; освоение пользования персональным компьютером; освоение пользования сетью Интернет; освоение пользования сотовым телефоном.

д) анималотерапия, в частности, филино-, канис-, иппотерапии.

е) гарденотерапия.

Важно вовлечение всех клиентов в активную досуговую деятельность, включающую развлекательно-образовательные и оздоровительные формы: концерты, праздники, выставки, конкурсы, физкультурные турниры, интеллектуальные игры, викторины, просмотр фильмов, экскурсии. Для улучшения психоэмоционального состояния пожилых людей следует организовать различные формы досуга с добровольностью в их выборе (кружки, любительские объединения, клубы по интересам).

Необходимым является организация усиленной трудовой деятельности, вовлечение в общественно-полезную деятельности.

#### *Терапевтическая среда для активных клиентов*

Клиенты данной группы не имеют выраженных ограничений общей двигательной активности и нарушений когнитивных функций или имеют легкие нарушения гериатрического статуса. Это социально-активные пожилые люди, не имеющие значительных ограничений в физической активности, имеющие высокий уровень мотивации, потребность осуществлять усиленную трудовую деятельность, участвовать в общественно-полезной и культурно-досуговой деятельности. Основной целью работы является поддержание здоровья и продление активного долголетия («health promotion»). Для этой категории клиентов необходимо активное включение в лечебно-трудовую деятельность. Рекомендуются проводить работу по реализации обучающих и образовательных программ по самообслуживанию, само- и взаимопомощи, пропагандировать важность и необходимость сохранения активного образа жизни для поддержания жизнедеятельности с включением в спортивно-оздоровительные мероприятия. Для этой группы клиентов целесообразно, создать школы здоровья для контроля социально-значимых заболеваний, например артериальной гипертензии и сахарного диабета. По мнению экспертов необходимо организовать обучение пожилых людей навыкам рукоделия, компьютерной грамотности, использовать развлекательно-образовательные формы досуга и праздничные мероприятия, объединять пожилых в клубы по интересам. Для мобилизации творческого потенциала и жизненной активности пожилых людей рекомендованы мероприятия по социально-психологическому сопровождению, арт-терапевтические занятия в разных формах. Таким образом, терапевтическая среда

для первой клинко-реабилитационной гериатрической группы имеет профилактическое значение и включает мероприятия, направленные на мобилизацию резервов пожилого человека и продление его активного долголетия.

#### *Терапевтическая среда для клиентов с умеренными нарушениями гериатрического статуса*

Данную группу составляют клиенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы: клиенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности; пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями, у которых не выявлено когнитивных нарушений. Терапевтическая среда для данных клиентов должна иметь реабилитационное воздействие, направленное на компенсацию ограничений жизнедеятельности в зависимости от гериатрического статуса.

#### *Терапевтическая среда для пациентов с ведущим умеренным когнитивным дефицитом*

Данную группу составляют клиенты с геронтопсихиатрическими синдромами, такими как сосудистые деменции, невротические расстройства, депрессии. Основной целью является создание безопасного, комфортного и спокойного проживания, психологическая и социальная адаптация, профилактика обострений психических хронических заболеваний. Для клиентов с когнитивными нарушениями терапевтическая среда оказывает выраженное реабилитационное воздействие и рассматривается как существенно влияющая на результат лечения. Окружающая среда в доме-интернате для клиентов данной подгруппы должна быть более понятной и не вызывать у них беспокойства. В окружающей обстановке рекомендуется применять метод цветотерапии, включающий успокаивающее цветовое оформление жилых комнат, коридоров, холлов; проводить подбор вспомогательных аксессуаров в соответствии с когнитивным статусом, частую смену настенных украшений, фотографий, рекомендуется использование разнообразного арсенала информационных указателей, в интерьере помещений – наличие декоративных растений, создание «живых» уголков. Необходимо создание безопасных бытовых условий проживания, устранение потенциально опасных предметов, включающих электрические приборы, электрические и телефонные провода. В работе с пациентами данной группы эксперты считают целесообразным использовать разные формы занятий по когнитивной реабилитации, тренировке памяти, освоению новых навыков пользования сотовым телефоном, компьютером, разные виды психотерапии с использованием релаксационных и акустических методик, разнообразные формы музыкотерапии, использование медитации, проведение аутотренинговых занятий. Для этой группы клиентов можно использовать методы когнитивной реабилитации (например, составление пазлов, запоминание пословиц, отгадывание загадок), разнообразные варианты арт-терапевтических методик, шире использовать иппотерапию, адаптационный контакт с животными, гарденотерапию, эрготерапию, лечебную физкультуру, методы биологической обратной связи. С целью активизации клиентов данной группы рекомендовано вовлекать их в посильную трудовую деятельность, физкультурные и культурно-досуговые мероприятия, побуждать их к общению. Таким образом, терапевтическая среда для данной клинко-реабилитационной гериатрической группы пожилых людей должна быть понятной и безопасной, формировать чувство востребованности, заинтересованности и постоянной занятости, направленных на

поддержание и компенсацию психических расстройств.

*Терапевтическая среда для пациентов с ведущими умеренными двигательными нарушениями*

Эту группу составляют клиенты с умеренными нарушениями общей двигательной активности. В этой подгруппе клиентов преобладают лица-инвалиды и пожилые люди с нарушением функции передвижения. Они имеют ограничения жизнедеятельности, но в целом активны, могут передвигаться в пределах учреждения, используя вспомогательные средства передвижения. Для них важно создание безбарьерной среды, компенсация ограничений жизнедеятельности с помощью средств реабилитации и повышение активности клиентов. Необходимо обеспечение инфраструктуры стационарного учреждения социального обслуживания и жилых помещений специальными приспособлениями, в соответствии с нуждами инвалидов и пожилых людей, имеющих нарушения в передвижении, является обязательным условием оказания геронтологической помощи. С этой целью необходимо использовать разнообразные реабилитационные и компенсирующие устройства, индивидуальные технические средства реабилитации, включающие: оборудование жилых комнат приспособлениями для открывания фрамуг, адаптационными дверными ручками; протезно-ортопедическое обеспечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов, ортезы, протезы, опорные и тактильные трости, ходунки, костыли, кресла-коляски прогулочного или комнатного типа; использование различных видов оборудования для поддержания независимости пациента в пределах кровати (подъемники, веревочные лестницы, ручные блоки, турники, боковые поручни и др.); использование различных видов оборудования для пересаживания и вставания пациентов (скользящие доски, подъемники, вертикализаторы, приспособления для стояния и ходьбы)). Обязательно обучение пациентов данной группы навыкам пользования техническими средствами реабилитации (показ, разъяснение, тренировка, коррекция), поддержание средств реабилитации в исправном техническом состоянии.

*Терапевтическая среда для пациентов с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса*

Данную группу составляют клиенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы: клиенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций; клиенты с терминальной стадией старческой астении. Эти клиенты находятся в отделениях милосердия, преимущественно на постельном режиме и нуждаются в постоянном постороннем уходе. Для них необходима организация активирующего гериатрического ухода для поддержания соматического и психического благополучия.

Для повышения качества гериатрического ухода необходимо оборудовать комнаты отделений милосердия разнообразными аксессуарами и средствами реабилитации, облегчающими уход (функциональные кровати, подъемники, поручни для удобства приподнимания и вставания в кровати, прикроватные столики для приема пищи, приспособления для мытья клиентов, подголовники, противопролежневые матрасы и подкладные круги, кресла-стулья с санитарным оснащением, судна). При уходе необходимо и важно использовать специальные гигиенические средства и абсорбирующее белье (подгузники, пеленки, простыни) у

лежащих клиентов с недержанием.

Рекомендуется создать благоприятные условия окружающей среды: соответствующий самочувствию клиента температурный режим, обеспечить минимизацию шума, световых раздражителей, адекватную гидратацию, правильную организацию питания и кормление лежащих клиентов. Осуществление гериатрического ухода должно проводиться в соответствии с индивидуальным планом и включать мероприятия активирующего ухода: при проведении гигиенических процедур, при необходимости помощи в пользовании туалетом или судном, перемещении в кровати и в передвижении по палате, по коридору. Для поддержания активности в повседневной жизни и достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования необходимо проведение мероприятий по физической реабилитации, активизирующей кинезотерапии, минимизация пассивного ухода, проведение когнитивной гимнастики. Необходимо проводить мероприятия по организации психологической поддержки в процессе ухода. В терминальной стадии старческой астении гериатрический уход направлен на поддержание витальных функций клиентов с использованием арсенала вспомогательных и реабилитационных средств.

## **Модуль 6. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников и родственников, осуществляющих уход**

*Тема 6.1. Понятие эмоционального выгорания: причины, виды, первые симптомы.*

Забота о пожилom человеке, особенно если он лежащий больной, вызывает стресс даже у самых выносливых людей.

Выгорание (состояние физического, эмоционального и психического истощения) наступает, когда они не получают необходимой помощи от других или пытаются сделать для подопечных больше, чем в их силах.

К такому чаще всего приводят:

- Несбывшиеся ожидания. Некоторые ждут, что их участие окажет положительное влияние на здоровье пациента. Но это нереально для пожилых, страдающих прогрессирующими заболеваниями (например, болезнями Паркинсона или Альцгеймера).

- Отсутствие необходимых ресурсов. Кто-то испытывают нехватку денег, времени или навыков для качественной организации ухода за близкими.

- Гиперответственность. Некоторые возлагают на себя тяжкое бремя отчасти потому, что считают уход исключительно своей обязанностью.

Эмоциональное выгорание может сопровождаться изменением отношения к больному – с позитивного и заботливого на негативное и безразличное.

Распознать симптомы приближающегося выгорания жизненно важно для предотвращения серьезных заболеваний.

- повышенную тревожность;
- нехарактерное поведение (например, вспышки гнева);
- раздражительность;
- необычную для себя циничность;
- чувство безнадежности;
- нетерпимость к окружающему;
- подавленность;
- нежелание находиться рядом с пожилым подопечным.



# Признаки синдрома эмоционального выгорания

истощение, усталость	психосоматические осложнения	бессонница	негативная установка к обучающимся
негативная установка к работе	пренебрежение исполнением своих обязанностей	увеличение приема психостимуляторов (табак, кофе, алкоголь, лекарства)	уменьшение аппетита или переедание
негативная самооценка	усиление агрессивности (раздражительности, гневливости, напряженности)	усиление пассивности (цинизм, пессимизм, безнадежность, апатия)	чувство вины

Уход за дементным больным – это ежедневная и даже ежечасная забота, которая нередко приводит к выгоранию. Всего насчитывается семь признаков выгорания:

1. Вы легко выходите из себя и злитесь на своего подопечного, раздражаетесь постоянно на своих домочадцев, а с каждой вновь возникающей проблемой чувство недовольства растет. Все чаще и чаще вы повышаете голос на окружающих даже по мелочам;

2. Для человека вполне естественно обладать целым спектром эмоций, и особенно испытывать горечь и печаль при виде угасающего от болезни родного человека. Но если вы стали более эмоциональны и ранимы, чувствуете отчаяние, резкие перепады настроения, приступы немотивированного желания поплакать, то это может свидетельствовать об эмоциональной перегрузке. Запомните, депрессия и повышенная тревожность несут в себе большие риски для здоровья ухаживающего;

3. Проблемы со сном также сопровождают переутомленного ухаживающего за дементным – неспособность заснуть, бессонница, усталость после пробуждения;

4. Стресс и усталость легко ведут к физическим недомоганиям – головным болям, частым простудам, а также хроническим болям в области шеи и спины, все чаще подскакивает артериальное давление, а времени на себя нет;

5. Поведение вашего подопечного заставляет вас не отходить от него ни на шаг, что в конечном итоге изолирует вас от общества, а ваше общение сводится к разговорам с больным и родственниками – на друзей и знакомых времени уже не остается;

6. Отсутствие энергии и апатия, трудность при концентрации внимания на одном деле, ощущение загнанности в тупик;

7. Постоянный контроль над всеми делами, связанными с уходом за больным. Вам кажется, что лучше вас никто не сделает их, даже самые элементарные.

## *Тема 6.2. Профилактика эмоционального выгорания.*

Для профилактики эмоционального выгорания:

1) Оцените объем помощи, которую нужно оказать близкому человеку:

- медицинские потребности больного;
- ежедневные задачи, с которыми ему потребуется помочь;
- сколько времени нужно проводить с больным, чтобы он был в безопасности;
- что нужно сделать, чтобы домашняя обстановка была чистой, комфортной и удобной для вашего пожилого родственника.

2. Подумайте, что вы сможете делать для пожилого человека

После того, как вы оценили потребности, необходимо выяснить, какую часть этой помощи вы сможете реально предоставить. Изучите свои навыки и существующие обязательства, например, если у вас есть работа и/или дети. Нужно определить, что вы можете сделать для своего пожилого больного, а что нет.

3. Получите помощь, если это необходимо

4. Не забывайте о своем здоровье

Вот несколько шагов, которые можно предпринять, чтобы предотвратить эмоциональное выгорание при уходе за пожилыми и инвалидами:

1. Чаще рассказывайте о ваших чувствах и переживаниях человеку, которому вы доверяете, например, другу, коллеге или соседу.

2. Будьте реалистом и примите тот факт, что вам может потребоваться помощь по уходу. Не взваливайте все на себя, ищите поддержку от других. Например, друг или член семьи может выполнить какое-то поручение, сходить за продуктами или лекарствами, приготовить еду.

3. Смотрите правде в глаза в отношении болезни вашего близкого человека, особенно если это неизлечимое заболевание.

4. Не забывайте о себе. Выделите время для отдыха, хотя бы час или два. Поймите, забота о себе не роскошь, а необходимость, если вы собираетесь и дальше ухаживать за пожилым человеком.

5. Воспользуйтесь услугами временного ухода. В пансионаты для пожилых людей можно заселиться на несколько дней или недель. Такой перерыв даст вам возможность отдохнуть и восстановить силы.

6. Ищите информацию. Чем больше вы знаете о болезни пожилого человека, тем эффективнее будете ухаживать за больным.

7. Не казните себя за эмоции. Испытывать негативные чувства по поводу ваших обязанностей или человека, за которым ухаживаете – нормально. Это не значит, что вы плохой человек.