



Государственное бюджетное учреждение «Учебно-методический центр системы социальной защиты Оренбургской области»

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ
«ШКОЛА УХОДА» ДЛЯ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ (РОДСТВЕННЫЙ)
УХОД ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ НА ДОМУ
(в рамках системы долговременного ухода)**



Оренбург 2022



ГБУ «УМЦ системы социальной защиты Оренбургской области»

Методические материалы по организации стационарозамещающей технологии «Школа ухода» для лиц, осуществляющих (родственный) уход за тяжелобольными гражданами на дому

Составители:

кандидат биологических наук, доцент Шамраев Александр Владимирович
кандидат философских наук, доцент Степанова Наталья Ивановна
магистр, заведующий Учебным центром Данилова Юлия Александровна
магистр Пикалова Галина Камиловна

Методические материалы составлены в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», приказом Минтруда России от 24 ноября 2014 года № 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организации социального обслуживания, их структурных подразделений», Приказом Министерства социального развития Оренбургской области от 23 декабря 2021 года № 773 «Об организации стационарозамещающих технологий в сфере социального обслуживания граждан в Оренбургской области (в том числе в рамках системы долговременного ухода)».

©Шамраев А.В., Степанова Н.И., Данилова Ю.А., Пикалова Г.К., 2022
©ГБУ «УМЦ системы социальной защиты Оренбургской области», 2022



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	5
Темы занятий	7
Содержание программы обучения	9
Организация пространства в доме: особенности помещения и вспомогательное оборудование и его размещение, безопасность больного и ухаживающих лиц	9
Гигиена маломобильного человека. Специальные средства для ухода и гигиенические принадлежности. Принципы подбора и правила использования. Принятие ванны, душа, туалета, вспомогательное оборудование.	16
Уход за полостью рта и зубными протезами. Уход за ногтями. Уход за лицом: глазами, носом, ушами. Бритье человека с ограниченной подвижностью. Интимная гигиена. Правила безопасности и соблюдения достоинства.	22
Перемещение маломобильного подопечного.	30
Осложнения и риски у маломобильных (немобильных) граждан. Профилактики.	41
Инфекционная безопасность. Гигиена рук. Мытье головы в постели. Смена постельного, нательного белья.	55
Организация питания, основные требования к пище маломобильных (немобильных) граждан. Помощь маломобильных граждан в принятии питания. Риски аспирации. Недоедание: причины, симптомы, последствия.	59
Первая помощь при инфаркте. Первая помощь при инсульте. Первая помощь при аспирации.	68
Особенности ухода за больным диабетом.	75
Особенности ухода за больным после инсульта. Альтернативная коммуникация (невербальное общение)	79
Особенности ухода за больным с деменцией. Особенности поведения и общения.	94
Обучение ЛОУ элементам адаптивной физкультуры и моторно-двигательной стимуляции, возможностям их применения для реабилитации, абилитации маломобильных (немобильных) граждан	99
Организованная занятость маломобильных (немобильных) граждан	110



с тяжелыми и множественными нарушениями развития

Психологический климат в семье (окружении)	118
Правила использования альтернативной коммуникации в общении с маломобильными (немобильными гражданами)	135
Нормативно-правовое обеспечение программы	141
Список литературы	146



ВВЕДЕНИЕ

Научно-технический прогресс, развитие медицинских технологий, постепенный рост продолжительности жизни в России привели к увеличению количества граждан с устойчивыми ограничениями жизнедеятельности и численности населения в возрасте старше трудоспособного, у которых сформировался дефицит самообслуживания и зависимость от посторонней помощи. Многие из них нуждаются в уходе и сопровождении, соответствующих современному развитию общества, и профессиональной помощи специалистов.

Национальный проект «Демография», утвержденный президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16), в рамках Федерального проекта «Старшее поколение» рассматривает систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами как составную часть мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения. Важным принципом выстраивания системы долговременного ухода является сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде, в связи с этим приоритетной формой обслуживания пожилых людей и инвалидов, является предоставление ухода на дому, в том числе с применением стационарозамещающих технологий и различных форм сопровождения граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности.

В настоящее время в России активно реализуется стационарозамещающая технология по родственному уходу в форме школ, где родственники, специалисты и волонтеры проходят обучение по организации ухода и попечения за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

«Школа ухода» – это актуальная технология, суть которой заключается в обучении родственников и специалистов осуществлению ухода за тяжелобольными гражданами на дому.

Цели «Школы ухода»:

- повышение качества жизни тяжелобольных граждан посредством поддержания их эмоционально-психологического состояния, профилактики риска развития осложнений за счет обеспечения более качественного ухода в привычных домашних условиях;
- снижение потребности тяжелобольных граждан в услугах стационарных организаций социального обслуживания;
- создание благоприятной обстановки в семьях, имеющих тяжелобольных граждан;



➤ приобретение знаний, умений и навыков лицами, осуществляющими уход (далее – ЛОУ), при осуществлении ухода за тяжелобольными гражданами;

➤ оказание помощи и поддержки ЛОУ, снижение у них психоэмоциональной нагрузки и уровня стресса.

Задачами «Школы ухода» являются:

➤ организация консультирования и обучения ЛОУ основным принципам ухода, организации безопасного пространства с учетом потребностей конкретного человека, формирование навыков качественного ухода, в том числе по проведению гигиенических процедур, позиционирования, дезинфекции, пользования техническими и вспомогательными средствами реабилитации, профилактики осложнений;

➤ организация консультирования ЛОУ по вопросам организации тяжелобольным гражданам питания и питьевого режима, контролем за изменением состояния их здоровья, оказания самопомощи, пользования средствами реабилитации;

➤ оказание психологической поддержки ЛОУ, тяжелобольным гражданам, создание благоприятной обстановки и психологической атмосферы в семье, обеспечивающей снятие нервно-психической напряженности;

➤ информирование и консультирование тяжелобольных граждан и ЛОУ по вопросам реабилитации, осуществлению взаимодействия с медицинскими организациями, организациями социального обслуживания и общественными организациями на территории Оренбургской области.

Целевая аудитория:

– родственники, которые осуществляют уход за тяжелобольными гражданами;

– граждане пожилого возраста и инвалиды, которые хотят максимально сохранить способность к самообслуживанию, желающие овладеть навыками ухода;

– другие категории лиц (добровольцы, волонтеры и пр.).

Обучение включает изучение теоретических основ и практическое освоение навыков ухода за тяжелобольными гражданами со сформировавшимся дефицитом самообслуживания.



ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ

1. Организация пространства в доме: особенности помещения и вспомогательное оборудование и его размещение, безопасность больного и ухаживающих лиц.

2. Гигиена маломобильного человека. Специальные средства для ухода и гигиенические принадлежности. Принципы подбора и правила использования. Принятие ванны, душа, туалета, вспомогательное оборудование.

3. Уход за полостью рта и зубными протезами. Уход за ногтями. Уход за лицом: глазами, носом, ушами. Бритье человека с ограниченной подвижностью. Интимная гигиена. Правила безопасности и соблюдения достоинства.

4. Перемещение маломобильного подопечного:

- Пересадить подопечного на край стула, кровати.
- Повернуть подопечного на бок.
- Подтянуть подопечного на верх кровати.
- Положение 30 градусов на боку.
- Положение 135 градусов на боку.
- «Микроизменения» положения тела в постели.
- Пересадить подопечного из кровати в коляску и обратно.
- Позиционирование для кормления. Поднять подопечного с пола.
- Сопровождение при ходьбе, по лестнице.

5. Осложнения и риски у маломобильных (немобильных) граждан. Профилактики. Безопасная среда. Профилактика падений. Пролежни, профилактика пролежней. Профилактика обстипации (запор). Профилактика пневмонии. Профилактика тромбоза. Профилактика контрактур.

6. Инфекционная безопасность. Гигиена рук. Мытье головы в постели. Смена постельного, нательного белья.

7. Организация питания, основные требования к пище маломобильных (немобильных) граждан. Помощь маломобильных граждан в принятии питания. Риски аспирации. Недоедание: причины, симптомы, последствия.

8. Первая помощь при инфаркте. Первая помощь при инсульте. Первая помощь при аспирации.

9. Особенности ухода за больным диабетом.

10. Особенности ухода больным после инсульта. Альтернативная коммуникация (невербальное общение).

11. Особенности ухода за больным с деменцией. Особенности поведения и общения.

12. Обучение ЛОУ элементам адаптивной физкультуры и моторно-двигательной стимуляции, возможностям их применения для реабилитации, абилитации маломобильных (немобильных граждан).

13. Организованная занятость маломобильных (немобильных) граждан с тяжелыми и множественными нарушениями развития.



14. Психологический климат в семье (окружении) (принципы построения взаимодействия (правила общения); психологические проблемы, возникающие во время проживания с маломобильным (немобильным) гражданином в семье, пути их преодоления).

15. Правила использования альтернативной коммуникации в общении с маломобильными (немобильными) гражданами.



СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ

ТЕМА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОСТРАНСТВА В ДОМЕ: ОСОБЕННОСТИ ПОМЕЩЕНИЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И ЕГО РАЗМЕЩЕНИЕ, БЕЗОПАСНОСТЬ БОЛЬНОГО И УХАЖИВАЮЩИХ ЛИЦ

Общие рекомендации к подготовке комнаты лежачего подопечного

Комната лежачего подопечного не должна вызывать у него негативные эмоции, чувство замкнутого пространства, чувство дискомфорта и страха. Обстановка, наряду с терапией, должна способствовать выздоровлению и формировать позитивный настрой. Хорошее освещение, свежий воздух, светлые обои, чистота и порядок дадут ощущение уюта и покоя. Не перегружайте комнату мебелью, это в дальнейшем облегчит вам процесс уборки, которая должна регулярно проводиться. Уберите с пола ковры, если они постелены, в них чаще собирается пыль и мусор. Плотные шторы снимите и установите вместо них на окна жалюзи. С их помощью можно будет регулировать уровень освещенности в комнате, исходя из потребности подопечного. Ежедневно проветривайте комнату, но следите за тем, чтобы ваш подопечный не находился на сквозняке.

Кровать лучше разместить так, чтобы лежащий подопечный мог видеть дверь в комнату и входящих в нее людей. Около кровати обязательно должна быть тумбочка с предметами, которые ежедневно используются. Это могут быть телефон, вода, салфетки, книга и другие необходимые вашему подопечному вещи. Стоит также обратить внимание на звукоизоляцию в комнате – посторонние звуки и разговоры, раздающиеся из соседних помещений, возможно, будут доставлять неудобства пожилому родственнику.

Какую площадь в квадратных метрах будет занимать пожилой человек, зависит от жилищных условий его родственников, взявших на себя опеку. Очень хорошо, если есть возможность выделить подопечному пусть небольшую, но отдельную комнату. Если же такой вариант невозможен и проживать в одной комнате подопечному придется еще с кем-то, то нет ничего страшного – можно прибегнуть к зонированию и разделить одну комнату пополам. Рассмотрим более подробно оба варианта.

Отдельная комната пожилого малоподвижного или лежачего пожилого человека должна располагаться вблизи санузла и рядом с комнатой ухаживающего лица. Если есть возможность выбрать расположение комнаты с южной или северной стороны, то безусловно лучше южная – большое количество естественного света несомненный плюс для психоэмоционального состояния пожилого человека.

Второй вариант – зонирование комнаты на две части. Разделить комнату можно, например, книжным стеллажом. Можно и шкафом или



гардеробом, но тогда на половине без окна будет мрачно и темно. Ни в коем случае не располагайте в одной комнате с пожилым больным родственником детей.

Интерьер комнаты для подопечного

- **Пол.** Напольное покрытие комнаты, где будет проживать подопечный, не должно быть скользким. Преимущество тут отдается линолеуму. Если в вашей комнате на полу ламинат или плитка, то ни в коем случае не кладите небольшие прикроватные коврики. С их помощью очень легко упасть, если коврик заскользит по напольному покрытию. К тому же, если в комнате обитает малоподвижный пожилой человек, то наверняка он будет передвигаться при помощи трости или ходунков, а для всех опорных устройств напольные коврики – препятствия.

- **Стены.** Обои для стен хорошо выбрать светлых тонов и моющиеся.

- **Окна.** Начнем с того, что оно должно быть обязательно. Солнечный свет борется с болезнетворными микроорганизмами и создает положительный настрой. На окна нужно будет установить ручки с замком, блокирующие полное открытие окна. Это очень важно сделать для безопасности пожилого человека. Вместо плотных гардин для окон практичнее будет повесить в комнату больного человека жалюзи. Ими легко регулировать уровень света в комнате и к тому же за жалюзи проще ухаживать – достаточно периодически протирать их влажной тряпкой.

- **Освещение.** Искусственное освещение комнаты не должно быть скудным. Света должно быть достаточно и для подопечного, и для ухаживающего за ним человека.

- **Климатические системы.** Было бы хорошо оснастить комнату подопечного увлажнителем воздуха, мойкой воздуха и кондиционером, который охладит ее в жаркое время летом и наоборот обогреет осенью, когда отопления в дома еще не поступает.

- **Мебель.** Мебель в комнате пожилого малоподвижного человека лучше свести к минимуму. Во-первых, полки или шкафы самому подопечному ни к чему, а во-вторых, ухаживающему за ним человеку будет гораздо проще проводить влажную уборку помещения. В идеале наполнение комнаты мебелью может выглядеть так: кровать, прикроватная тумба или небольшой столик, раскладывающееся кресло или диван. Прикроватная тумба или столик нужны для удобного размещения необходимых подопечному вещей, которые всегда должны быть в зоне его доступа – графин с питьевой водой, ежедневные медикаменты, салфетки и т.д. Также на тумбе нужно разместить небольшую настольную лампу или ночник. Наличие ящиков у прикроватной мебели – очень удобная вещь. В них можно разместить аптечку, нужные медицинские приборы, средства личной гигиены. Диван или кресло-диван нужны ухаживающему на случай, если будет необходимость круглосуточно находиться возле больного родственника. А если ваш подопечный не лежащий, а малоподвижный, то и



ему понадобится место для отдыха, например, с книгой или для просмотра телевизора.

- **Поручни.** Для малоподвижного пожилого человека свободные от мебели стены хорошо оборудовать поручнями и перилами, они послужат дополнительными средствами опоры.

Что должно быть в комнате лежащего подопечного

Телевизор – это основное средство досуга пожилых людей. Если ваш родственник не имеет возможности вставать и передвигаться, то разместить телевизор нужно будет напротив его кровати, а пульт от него – в ящике прикроватной тумбочки или на ней. Если подопечный может передвигаться по комнате со средством опоры, то телевизор может находиться напротив мягкой зоны.

Комнатные растения доставляют эстетическое удовольствие пожилым людям. Кроме того, многих, в особенности женщин, они стимулируют к движению, ведь цветы любят, когда за ними ухаживают и требуют периодического полива. В комнате пожилого человека достаточно одного или двух растений в горшках. Расставить их лучше с обоих краев подоконника, чтобы больной нечаянно не смахнул горшок и не поранил им себя. Не стоит приобретать экзотические виды цветов, ведь на них может возникнуть аллергия у обитателя комнаты. Выбирайте классические широко известные сорта.

Увлажнитель воздуха в комнате пожилого человека незаменимая вещь, особенно в отопительный сезон. Он предотвращает пересыхание слизистых оболочек у человека, препятствует воздушному передвижению частиц пыли по комнате. Оптимальная влажность в комнате улучшает состояние волос, кожи и ногтей, укрепляет сон.

Картины, фотографии или детские рисунки прекрасно впишутся в интерьер комнаты для пожилого человека. Они будут радовать вашего родственника, поднимать настроение и «боевой» дух.

Кровать для лежащего пожилого человека

В обустройстве спальной зоны для пожилого человека важно учесть все мелочи и нюансы – от расположения кровати в комнате до выбора постельного белья.

Ставить кровать нужно вдали от радиаторов отопления и от окна, чтобы его можно было открывать для проветривания комнаты, и подопечного при этом не беспокоил сквозняк. Расположить кровать лучше изголовьем к стене, чтобы подход к ней был с трех сторон. Желательно, чтобы подопечный, лежа в постели, мог видеть дверь в комнату и входящих людей, а также окно, чтобы наблюдать за погодой на улице.

Какую кровать выбрать? Даже если ваш подопечный иногда встает с постели, стоит выбрать для него функциональную медицинскую кровать – она оснащена многими полезными опциями:

- колеса вместо ножек кровати;



- боковые бортики;
- поручни;
- подъем спиной и ножной секций;
- надкроватный столик для принятия пищи.

Существуют модели функциональных кроватей с санитарным оснащением. Это значит, что в матрасе предусмотрено отверстие, под которым располагается пластиковое судно. Механизм открытия и закрытия отверстия может быть разный: механический, автоматический и ручной.

Преимущества перед обычной кроватью масса. Они помогут родственникам в уходе за пожилым человеком, а самому больному доставят удобство и комфорт.

Как выбрать матрас? Если подопечный прикован болезнью к постели, то тут ответ очевиден – противопрележневый. Принцип работы такого матраса заключается в том, что при помощи компрессора в камеры матраса подается воздух по определенной схеме. Таким образом, происходит массажирование разных участков тела подопечного, что улучшает кровообращение и предотвращает образование пролежней.

В других случаях специалисты рекомендуют пожилым людям мягкие анатомичные матрасы. Умеренно жесткие и жесткие матрасы для пожилых людей подбираются только по рекомендации врача.

Какая подушка лучше: обычная или ортопедическая? На этот вопрос нет однозначного ответа, потому что подушка подбирается индивидуально. Главное – это удобство для пожилого человека. Лучше иметь несколько подушек разной формы и с разным наполнением: для сна, для положения полусидя или сидя, валик для ног. Ортопедическая подушка может понадобиться в том случае, если есть показания к ее использованию, например, заболевания шейного отдела позвоночника.

Требования к выбору постельного белья:

– натуральность ткани. Отдайте предпочтение таким тканям, как ситец, бязь, сатин, поплин.

– выбирайте спокойные расцветки. Яркие тона и рисунки могут раздражать пожилого человека. Но если ваш пожилой родственник любит яркие цвета, то конечно выбирайте постель на его вкус.

Освещение

В комнате должно быть несколько приборов искусственного освещения желательно с регулировкой мощности. Например, лампа, дающая основной свет, и настольный светильник или торшер. Светильник должен располагаться на прикроватной тумбочке или быть установлен на стене в изголовье, чтобы у подопечного была возможность самостоятельно его включать и выключать. У лежачих подопечных, как правило, нарушен режим сна и бодрствования, они очень остро ощущают одиночество и страх, поэтому зачастую предпочитают спать при свете.



Уборка помещения

В комнате тяжелобольного человека желательно два раза в день проводить влажную уборку. Еще лучше, если есть возможность, проводить кварцевание помещения. Иммуитет у лежачих подопечных очень ослаблен, поэтому применение кварцевых ламп способно защитить их от возбудителей ряда болезней.

Безопасность жизнедеятельности лиц, нуждающихся в постороннем уходе.

Безопасная внешняя среда – необходимая часть жизни человека. 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.

Специалист по уходу оказывает помощь в организации безопасной среды, адаптированной к потребностям подопечного или престарелого человека.

Ослабленные подопечные могут получить травму при падении. Такие люди падают в самых обыденных ситуациях – вставая с постели, со стула или в тот момент, когда садятся, ходят по дому, на мокром полу в ванной комнате, 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 хорошем 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 должны иметь нескользящее основание.
- У ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потертанных или порванных частей.
- Подошвы обуви и каблуки не должны быть слишком гладкими и скользкими.
- В ванных 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 и 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 подопечного должен быть обеспечен с обеих сторон.
- Кровать должна быть оборудована подъемными боковыми ограждениями и устройствами для подтягивания.
- В комнате на видимом месте должны быть размещены часы и календарь.

Первое условие инфекционной безопасности – соблюдение чистоты.

Необходимо стремиться соблюдать чистоту во всем: чистым должно быть тело, нательное и постельное белье подопечного, помещение, где он находится. Необходимо следить за чистотой посуды, подкладного судна, утки и особое внимание уделять личной гигиене подопечного, в которой главное место занимает уход за кожей.

Следует уделять большое внимание поддержанию чистоты и целостности кожного покрова подопечного. При плохом уходе, когда кожное сало, пот, а вместе с ними пыль и микроорганизмы скапливаются на поверхности кожи, происходит ее загрязнение, а затем и инфицирование.

Это способствует проникновению вглубь кожи микроорганизмов, находящихся на ее поверхности. В процессе ухода за людьми с дефицитом самообслуживания зачастую скапливаются инфицированные или



загрязненные предметы: подгузники, перчатки, одноразовые шприцы, иглы, перевязочный материал, ватные шарики и др.

В условиях стационаров осуществляется специализированная утилизация такого материала, а при уходе на дому все эти вещи оказываются в мусоропроводах и контейнерах, которые находятся возле жилых домов в открытом виде. К контейнерам имеют доступ кошки, собаки, дети, лица без определенного места жительства. Все они могут стать переносчиками инфекции, а в случае заражения и заболевания – источниками инфекции. Именно поэтому весь отработанный материал перед сбросом в контейнер необходимо продезинфицировать, затем собрать в полиэтиленовые пакеты для мусора и плотно их завязать.

Ежедневные меры профилактики. Во время работы снимите с рук все украшения. Крошечные углубления на поверхности ювелирных изделий служат хорошим местом для размножения микробов. Ногти на руках держите коротко подстриженными и с помощью маникюрной щеточки или пилки вычищайте из-под ногтей грязь.

Обеспечение собственной безопасности. С кровью подопечного и другими жидкими средами организма (слюна, моча, желчь) могут передаваться многие инфекционные агенты. Вы должны всегда относиться к крови подопечного и жидким средам организма как к потенциально зараженным. Все вышеперечисленные вирусы могут проникать в организм человека через микротравмы, трещины и ссадины на коже. Поэтому при всех контактах с кровью и жидкими средами подопечного вы должны надевать защитные средства (халат, фартук, перчатки). Все порезы, ссадины до начала работы должны быть заклеены водонепроницаемым пластырем. После выполнения манипуляций, при которых происходил контакт с поврежденной кожей и слизистой, необходимо тщательно вымыть руки, применяя дезинфицирующий раствор, при его отсутствии вымыть руки водой с мылом, затем обработать спиртом или водкой. Перчатки замачивать в дезинфекционном растворе. После выполнения манипуляций, при которых происходил контакт с неповрежденной кожей и слизистой, достаточно вымыть руки водой с обычным мылом. Для мытья рук лучше использовать жидкое мыло с глицерином, которое защищает ваши руки от сухости и образования трещин, через которые также могут проникать патогенные микробы.

Вы должны мыть руки:

- приходя к подопечному;
- до и после контакта с подопечным;
- после посещения туалета;
- после кашля, чиханья или сморкания;
- перед приготовлением или раздачей пищи;
- после курения;
- перед тем, как прикасаться к чистому белью;



- после любых манипуляций с грязным бельем;
- перед приготовлением или раздачей пищи, перед кормлением больного или работой с продуктами питания;
- каждый раз до и после выполнения отдельной манипуляции (переворачивание подопечного, вынос судна, смена пеленки и др.);
- до и после ухода за раной или мочевым катетером;
- до и после одевания перчаток;
- после контакта с биологическими жидкостями;
- перед работой с перевязочным материалом, чистым бельем и чистыми предметами ухода;
- перед уходом с работы домой;
- в любом другом случае, когда считаете это необходимым.

ТЕМА 2. ГИГИЕНА МАЛОМОБИЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА. СПЕЦИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УХОДА И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ. ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА И ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ. ПРИНЯТИЕ ВАННЫ, ДУША, ТУАЛЕТЫ, ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ.

Ежедневная гигиена лежащих подопечных

Умывание, уход за зубами и полостью рта проводятся дважды в день - утром и вечером. Подмывать подопечного и проводить профилактику образования пролежней также необходимо несколько раз в день.

Для утреннего и вечернего туалета необходимо приготовить:

- небольшой таз;
- кувшин с тёплой водой (37-38° C);
- мыло или гидрофильное масло;
- махровую рукавичку;
- зубную пасту и щётку;
- почковидный лоток;
- ватные палочки и диски;
- принадлежности для бритья, если нужно;
- пару непромокаемых впитывающих пелёнок;
- полотенце;
- расчёску;
- питательный крем и гигиеническую помаду;
- зеркало на ручке.

Проведение утреннего туалета

Умывание:

1. Приподнимите изголовье функциональной кровати или подложите под плечи подопечного несколько подушек, чтобы придать полусидячее положение.

2. Наденьте перчатки.



3. Под голову и плечи подопечного положите одноразовую пелёнку, грудь прикройте второй пелёнкой.

4. Смочите махровую рукавичку тёплой мыльной водой и слегка отожмите.

5. Умойте лицо влажной мыльной рукавичкой, проходя лёгкими движениями от центра к периферии и сверху вниз в таком порядке: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, ушные раковины и кожа за ушами, шея.

6. Если вместо мыла вы используете гидрофильное масло, нанесите его на кожу лица при помощи ватного диска или руками в том же порядке.

7. Тщательно прополощите рукавичку в чистой воде и отожмите, чтобы с неё не текла вода.

8. Чистой влажной рукавичкой умойте лицо в той же последовательности, смывая мыльный раствор или гидрофильное масло. При необходимости повторите.

9. Промокните кожу лица насухо чистым мягким полотенцем.

10. Нанесите на лицо питательный крем и легко помассируйте, чтобы он впитался.

Мытье лиц, нуждающихся в постороннем уходе в душе.

Подготовка к манипуляции:

1. Объяснить подопечному, ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки, фартук.

Приготовить оснащение:

2. Скамейка или сиденье для ванны, клеенчатый фартук, резиновые перчатки, щетка, мыло, мочалка-рукавичка, перчатки, средства для обработки ванны, водяной термометр, полотенце.

Выполнение манипуляции:

3. Наденьте клеенчатый фартук и перчатки.

4. Закройте форточки (температура в помещении 25°C)

5. Вымойте ванну чистящим средством, дезинфицирующим средством, затем ополосните горячей водой;

6. Поменяйте фартук и перчатки.

7. Поставьте в ванну скамейку

8. Помогите подопечному раздеться и разместиться в ванной на скамейке;

9. В случае, если подопечный не может мыться самостоятельно, моют его в определенной последовательности: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность.

Окончание манипуляции:

10. Помогите подопечному выйти из ванной, придерживая его за локти, и помогите ему вытереться согретым полотенцем или простыней (вытирают в том же порядке, что и мыли).

11. Оденьте в чистую одежду.



12. Убедитесь в комфортном состоянии подопечного.

13. Снимите фартук, перчатки.

14. Вымойте руки.

Помощь подопечным в использовании туалета

Помощь подопечным, не способным самостоятельно ходить в туалет, требует от специалистов по уходу определенных навыков и профессионального подхода. Кроме того, следует проявлять такт и уважение к чувству собственного достоинства таких клиентов. Перед оказанием помощи в предоставлении туалета специалисту по уходу необходимо согласовать с подопечным объем необходимой помощи, степень его участия, использование гигиенических средств и т.д. Оказывая помощь, важно постоянно поддерживать и поощрять подопечных к активному участию. Ухаживающему следует помнить о том, что осуществление туалетных процедур может быть весьма неприятным. Но ни в коем случае не следует демонстрировать это самим подопечным и каким-либо образом показывать свою брезгливость. После предоставления подопечным помощи в использовании туалета, ухаживающему следует осуществить необходимые гигиенические процедуры не только по отношению к подопечному, но и к самому себе (тщательно вымыть руки).

Помощь в пользовании судном.

Лежащий подопечный 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 подопечного желательно отгородить ширмой, место под судно застелить непромокаемой клеенкой, судно ополоснуть теплой водой.

Частично мобильный подопечный 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 подопечного аналогичным способом. Промежность подопечного очищают влажной салфеткой. Все ресурсы подопечного должны быть при этом максимально задействованы.

Немобильный подопечный.

Фиксируют колеса кровати и надевают перчатки. Подопечного 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 подопечного должны быть согнуты в коленях (под парализованную ногу подкладывают валик). Подопечного укрывают и на некоторое время отходят. После физиологических отведений подопечного следует помыть.



Средства для проведения гигиенических процедур.

В современном мире для удобства проведения гигиенических процедур существует множество средств малой реабилитации (рисунок 1). Подбор этих средств осуществляют индивидуально – надувные ванны для мытья головы в постели, лифт для транспортировки в ванну, ванны-лифты для душа, подставки для ног в ванной, специальные зубные щетки, ванночки для мытья ног и многое другое.



Рис. 1 – Средства для проведения гигиенических процедур

Приспособления для людей с дефицитом самообслуживания, используемые в санузле (сиденья, стулья, поручни), предназначены для создания дополнительной опоры в туалетной комнате или туалете. Людям с ограниченными возможностями использовать их просто необходимо, поэтому к подобным изделиям всегда предъявляют повышенные требования – они должны быть максимально эффективны и комфортны в использовании.

Персональный тазик – предмет, который каждый подопечный должен иметь, прежде всего, для проведения утреннего и вечернего туалета. Помыть лежачего подопечного в постели невозможно без этого аксессуара, а его использование должно быть строго индивидуальным.

Надувая ванночка для мытья головы в постели.

Ванночка для мытья головы из полимерного материала – изделия, применение которых облегчает уход за маломобильными и немобильными гражданами, прикованными к кровати. К числу преимуществ, отличающих надувную ванночку для мытья головы, можно отнести: прочность конструкции, исключающую повреждение изделия даже при активной эксплуатации; долговечность: пользоваться изделием можно длительное время, не опасаясь потери эксплуатационных качеств. Надувная ванночка для мытья волос не допускает опадания и протекания воды за счет независимой двухъярусной конструкции и наличия защитного запорного клапана. После использования изделие достаточно высушить и спустить воздух. Хранение ванночки не требует много места.



Рис. 2 – Надувая ванночка для мытья головы в постели

Передвижные ванны, как правило, используют в условиях медицинских и социальных стационаров (рисунок 3). С их помощью можно осуществлять купание обездвиженных больных в полном объеме непосредственно в палатах, а также в ваннных и душевых, туалетах, приемных отделениях, где требуется санитарно-гигиеническая обработка физически недееспособных пациентов в максимально комфортных условиях для них и обслуживающего персонала. Подъемники-ванны для инвалидов оборудованы откидными бортиками и системой спуска-подъема, что позволяет с максимальной бережностью и минимальными физическими усилиями перемещать пациентов из кровати непосредственно в передвижную ванну для санитарно-гигиенической обработки, которую можно провести в палате, а также в ваннных и душевых.



Рис. 3 – Передвижная ванна

Процедура купания подопечного

Правила поведения специалиста по уходу в процессе осуществления процедуры купания

1. В первую очередь изучите пожелания подопечного относительно осуществления данной процедуры (каким образом производить процедуру, какие моющие средства использовать и т.д.). Произведите оценку риска, выясните степень активности подопечного при осуществлении данной



процедуры (т.е. какие действия он сможет осуществлять без посторонней помощи). Во время купания поощряйте подопечного к самостоятельности.

2. Прежде чем приступить к процедуре купания, поинтересуйтесь у подопечного, не хочет ли он сначала воспользоваться туалетом.

3. Помогите подопечному собрать всю необходимую чистую одежду, а также крем, ножницы, полотенца, мыло и т.д.

4. Вымойте ванну мочалкой или щеткой с мылом, ополосните ее 0,5 % осветленным раствором хлорной извести или 2 % раствором хлорамина, ополосните ванну горячей водой; можно применять чистящие и дезинфицирующие бытовые средства.

5. Закройте дверь в ванную и убедитесь, что в комнате нет сквозняков.

6. Наполняйте ванну в то время, когда подопечный раздевается, или до того, как помочь ему раздеться. Температуру воды всегда необходимо согласовывать с подопечным.

7. Помогите подопечному принять удобное положение (уровень воды должен доходить до мечевидного отростка).

8. Начинайте мытье с верхней части тела к низу: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность. Поощряйте попытки подопечного мыться самому как можно больше. Большинство подопечных стараются сами мыться, особенно в области гениталий. Не торопите подопечного, но и не давайте ему замерзнуть во время купания.

9. Помогите подопечному вытереться и одеться. Начинайте сверху и продвигайтесь постепенно вниз. Особо тщательно просушивайте места кожных складок: в паху, под мышками и грудью. В этих местах можно припудрить тальком или помазать кремом.

10. Тщательно просушите кожу между пальцами ног и почистите ногти. Если подопечный страдает диабетом, не следует пытаться стричь ногти на его ногах. Это может сделать только специалист. С волосами подопечного обращайтесь по его требованиям. Убедитесь в комфортном состоянии подопечного.

11. После каждого купания тщательно вычистите ванну и всю комнату. Использованное банное белье отнесите в стирку. Продолжительность процедуры купания не более 20-25 минут. Необходимо учитывать возможность осложнений: ухудшение самочувствия – появление болей в сердце, учащенное сердцебиение, головокружение, изменение цвета кожных покровов. При появлении таких признаков необходимо прекратить осуществление процедуры и оказать подопечному помощь.



ТЕМА 3. УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ЗУБНЫМИ ПОТЕЗАМИ. УХОД ЗА НОГТЯМИ. УХОД ЗА ЛИЦОМ: ГЛАЗАМИ, НОСОМ, УШАМИ. БРИТЬЕ ЧЕЛОВЕКА С ОГРАНИЧЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ. ИНТИМНАЯ ГИГИЕНА. ПРАВИЛА БЕЗОПАСНОСТИ И СОБЛЮДЕНИЯ ДОСТОИНСТВА.

Уход за полостью рта следует проводить 2 раза в день (утро/вечер), а после каждого приема пищи необходимо осуществлять гигиену полости рта подопечного (рисунок 4). У тяжелобольных подопечных на слизистой оболочке рта и зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и гниющих 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 мобильного подопечного достаточно создать удобства при осуществлении процедуры, можно деликатно напомнить о необходимости ее проведения.

Для частично мобильного подопечного, если он не в состоянии сам чистить зубы, ухаживающий должен стать его «рукой». Необходимо встать за подопечным, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести эту процедуру.



Рис. 4 – Помощь в чистке зубов

Подопечный должен видеть себя в зеркало, сидя перед раковиной. После «совместной» чистки зубов подкорректируйте процедуру — почистите задние зубы подопечного и участки, которые не удалось почистить, стоя за ним. Для подопечного очень важно не только иметь чистую полость рта, но и сохранять самостоятельность.

Если процедуру проводят в постели, то порядок действий следующий:



- приготовить резиновые перчатки, стакан с водой, зубную пасту, мягкую зубную щетку, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора;
- объяснить подопечному ход предстоящей процедуры;
- придать подопечному положение полусидя или сидя в постели;
- помочь подопечному повернуть голову набок;
- положить полотенце на грудь подопечного;
- вымыть руки, надеть перчатки;
- под подбородок подопечного на полотенце поставить емкость для сбора промывных вод;
- попросить подопечного набрать в рот воду и прополоскать рот;
- смочить водой зубную щетку и нанести на нее зубную пасту;
- почистить верхние зубы подопечного, условно разделив все зубы на верхней и нижней челюстях на четыре сегмента (лучше начинать чистить зубы с верхней челюсти);
- расположив зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов приблизительно под углом 45°, «выметающим» движением сверху вниз провести по каждому сегменту не менее 10 раз;
- почистить жевательные поверхности верхних зубов;
- расположив щетку перпендикулярно верхним зубам, почистить их небные поверхности осторожными «выметающими» движениями сверху вниз (все четыре сегмента);
- аналогично почистить нижние зубы (щечную и жевательную поверхности), а затем — язык подопечного;
- помочь подопечному прополоскать рот водой;
- при необходимости вытереть подбородок;
- убрать емкость, полотенце;
- снять резиновые перчатки, вымыть руки.

Для немобильного подопечного.

При беспомощности подопечного 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.

Лежачие подопечные, которые полностью зависят от посторонней помощи, требуют особенно бережного ухода.

Порядок действий при таком уходе следующий:

- вымыть руки, надеть перчатки;
- налить в стакан раствор ополаскивателя для обработки полости рта (как указано на упаковке);



- разместить подопечного на боку так, чтобы его лицо находилось на крае подушки;
- развернуть полотенце и расстелить под головой подопечного, бережно подняв его голову;
- развернуть второе полотенце и покрыть им грудь подопечного;
- поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок подопечного;
- бережно открыть рот подопечного, 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 зубными протезами

Если сам подопечный не в состоянии ухаживать за вставными зубами, уход за протезами должно осуществлять лицо, предоставляющее уход:

- подготовить полотенце, резиновые перчатки, емкость для сбора промывных вод, чашку для протезов, зубную пасту, зубную щетку, марлевые салфетки, стакан с водой;
- объяснить подопечному ход предстоящей процедуры;
- попросить подопечного повернуть голову набок;
- развернуть полотенце, прикрыв им грудь до подбородка;
- вымыть руки, надеть перчатки;
- поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок подопечного на расстеленное полотенце;
- попросить подопечного придержать емкость рукой, а другой рукой взять стакан с водой, набрать в рот воды и прополоскать;
- попросить подопечного снять зубные протезы и положить их в специальную чашку.

Снятые протезы обрабатывают отдельно (рисунок 5). Необходимо почистить их зубной пастой и зубной щеткой, вымыть холодной проточной водой, положить очищенные зубные протезы в чистый стакан или специальную емкость для хранения протезов с чистой холодной водой, добавив одну таблетку активного очистителя. Утром, перед тем как поставить протезы подопечному, их ополаскивают чистой водой, а рот подопечного орошают теплой водой при помощи спринцовки.



Рис. 5 – Уход за зубными протезами

Если подопечный не может самостоятельно снять протезы, это должен сделать помощник:

- захватить зубной протез большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки;
- снять протез колебательными движениями;
- положить протезы в чашку для зубных протезов;
- попросить подопечного прополоскать рот водой;
- поместить чашку с зубными протезами в раковину;
- открыть кран, отрегулировать температуру воды;
- почистить щеткой и зубной пастой все поверхности зубных протезов;
- прополоскать зубные протезы и чашку под холодной проточной водой;
- почистить зубные протезы зубной щеткой с пастой;
- еще раз ополоснуть протезы проточной водой;
- положить зубные протезы в чашку для хранения (в ночное время) или помочь подопечному вновь надеть их;
- снять перчатки, сбросить их в полиэтиленовый пакет;
- вымыть руки.

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. Сера, которая присутствует в наружном слуховом проходе, защищает его кожу от повреждений и воспаления. Сера – это не грязь, поэтому не следует ее старательно вычищать. Важно не забывать мыть кожу за ушами, вытирать кожу следует насухо, аккуратно промокнув сухой салфеткой. Место перехода хрящевого отдела наружного слухового прохода в костный – узкое (перешеек), поэтому при чистке уха происходит проталкивание серных масс за перешеек, к барабанной перепонке. В результате постоянного «очищения» ушей ватными палочками, спичками, шпильками происходит прессование



серы, что приводит к серным пробкам. 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. Отсутствие надлежащего ухода может привести к конъюнктивиту и воспалению кожи вокруг глаз. 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 подопечного, прикрыть подушку и грудь подопечного 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 подопечного 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 развиваться аллергическая реакция. Нельзя отсасывать спринцовкой жидкость из носа, так как при этом возникает опасность травм. Желательно придавать подопечному положение в постели, способствующее свободному выходу жидкости; если это не помогает, следует сообщить о ситуации врачу.



Уход за ногтями на руках важен как с точки зрения гигиены и безопасности подопечного, так и для повышения его настроения. Если подопечный 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 подопечного 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.

Ежедневная гигиена лежащих подопечных

Умывание, бритьё, уход за зубами и полостью рта проводятся дважды в день – утром и вечером. Подмывать подопечного и проводить профилактику образования пролежней также необходимо несколько раз в день.

Для утреннего и вечернего туалета необходимо приготовить:

- небольшой таз;
- кувшин с тёплой водой (37-38С);
- мыло или гидрофильное масло;
- махровую рукавичку;
- зубную пасту и щётку;
- почковидный лоток;
- ватные палочки и диски;
- принадлежности для бритья, если нужно;
- пару непромокаемых впитывающих пелёнок;
- полотенце;
- расчёску;
- питательный крем и гигиеническую помаду;
- зеркало на ручке.

Проведение утреннего туалета

Умывание:

1. Приподнимите изголовье функциональной кровати или подложите под плечи подопечного несколько подушек, чтобы придать полусидячее положение.

2. Наденьте перчатки.

3. Под голову и плечи подопечного положите одноразовую пелёнку, грудь прикройте второй пелёнкой.

4. Смочите махровую рукавичку тёплой мыльной водой и слегка отожмите.



5. Умойте лицо влажной мыльной рукавичкой, проходя лёгкими движениями от центра к периферии и сверху вниз в таком порядке: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, ушные раковины и кожа за ушами, шея.

6. Если вместо мыла вы используете гидрофильное масло, нанесите его на кожу лица при помощи ватного диска или руками в том же порядке.

7. Тщательно прополощите рукавичку в чистой воде и отожмите, чтобы с неё не текла вода.

8. Чистой влажной рукавичкой умойте лицо в той же последовательности, смывая мыльный раствор или гидрофильное масло. При необходимости повторите.

9. Промокните кожу лица насухо чистым мягким полотенцем.

10. Нанесите на лицо питательный крем и легко помассируйте, чтобы он впитался.

Бритьё подопечного:

1. Если подопечный мужчина, предложите его побрить.

2. Приложите тёплое полотенце к подбородку и щекам на 2-3 минуты.

3. Нанесите пену для бритья.

4. Аккуратно побейте щетину безопасной бритвой, двигаясь по направлению роста волос.

5. Уберите остатки пены влажной рукавичкой.

6. Нанесите на кожу бальзам после бритья.

Интимная гигиена

Уход за кожей половых органов

Несоблюдение правил личной гигиены половых органов может привести к инфекционным заболеваниям как у женщин, так и мужчин. 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, может 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 подопечный может самостоятельно вымыть область промежности, лучше предложить ему это сделать самому, оставив его наедине. В ином случае процедуру проводит лицо, осуществляющее уход.

Подопечная (женщина). Процедуру начинают с объяснения ее содержания, хода выполнения и получения согласия на ее проведение. После этого следует подставить под крестец подопечной 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



отверстия: 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 подопечную лечь на спину, согнуть ноги в коленях и раздвинуть. После завершения процедуры спереди подопечную просят повернуться набок (или помочь ей), перевернуться, чтобы помыть ягодицы.

Подопечный (мужчина). Следует встать сбоку от него 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 подопечного, 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.

Подмывание – процедура интимная. Многие подопечные стесняются прибегать к помощи посторонних лиц. Поэтому процедура требует интимных условий и деликатного обращения с подопечным. Для мытья нижней половины тела и смене подгузников лучше всего использовать моющие кремы и влажные салфетки. Они не только мягко очищают и увлажняют кожу, но и экономят силы и время при уходе.

Необходимо создать подходящие условия для проведения процедуры:

- останьтесь с подопечным в комнате наедине;
- попросите всех не беспокоить Вас и подопечного в течение некоторого времени;
- закройте дверь в комнату;
- отгородите постель подопечного ширмой;
- закройте окно комнаты шторой, если она находится на первом этаже;
- будьте деликатны в обращении;
- не смейтесь и не улыбайтесь, так как обнаженный человек очень уязвим;
- дайте подопечному ощутить температуру воды, которой Вы будете проводить подмывание (можно полить немного воды на внутреннюю поверхность бедра подопечного и лишь затем подмывать);
- по окончании процедуры сначала укройте подопечного, а затем убирайте оборудование.



ТЕМА 4. ПЕМЕЩЕНИЕ МАЛОМОБИЛЬНОГО ПОДОПЕЧНОГО

Алгоритм выполнения технологии «Перемещение на край кровати (перемещение – поворот на бок из положения на спине).

Подготовка к процедуре:

1. Подготовить все необходимое для проведения процедуры
2. Объяснить в доступной для получателя социальных услуг форме ход и цель процедуры. Получить согласие на проведение процедуры.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки.
4. Убрать одеяло и подушку с кровати.

Алгоритм проведения процедуры:

1. Поставить кровать на тормоза (при наличии).
2. Объяснить получателю социальных услуг план перемещения.
3. Из положения получателя социальных услуг «лежа на спине» согнуть одну ногу в колене (дальнюю, от направления поворота).
4. Руку подопечного, с той стороны, где согнута нога, положить в направлении движения.
5. Руку подопечного со стороны поворота обезопасить от сдавливания при повороте (отвести в сторону, положить на живот, согнув в локте).
6. Повернуть голову подопечного в сторону поворота.
7. Держась одной рукой за лопатку, другой – за колено согнутой ноги, повернуть подопечного на бок лицом к себе.

Алгоритм проведения процедуры «Перемещение на край кровати» – посадить на край кровати.

1. Повернуть подопечного к себе.
2. Спустить одной рукой ноги подопечного с кровати, другой рукой придерживать подопечного на уровне плеча.
3. Одну руку завести спереди-назад подопечного так, чтобы держать его открытой ладонью на уровне лопатки.
4. Сажать подопечного необходимо, чуть наклоняя его верхнюю часть вперед одной рукой, а второй давить на бедро, используя его «противовесом».

5. Найти баланс.

Все действия необходимо озвучивать.

Алгоритм проведения процедуры «Позиционирование в кровати (физиологическое положение тела в кровати)» – микроизменения положения тела.

1. С помощью подушек, подложенных с одной стороны тела подопечного (или, при невозможности этого, под матрас), путем последовательного вынимания, сначала одной подушки, потом другой, проводить минимальные изменения положения частей тела и перераспределение давления с одной части тела на другую.



2. Пятки необходимо освобождать от давления, под них можно подкладывать скрученное полотенце, подушки.

Алгоритм проведения процедуры «Позиционирование в кровати (физиологическое положение тела в кровати)» – позиционирование на боку 30 градусов.

Повернуть подопечного на бок.

1. За спиной подопечного, от уровня плеча до бедра, укладывают вспомогательные средства (последовательно, вдоль тела, две подушки или скрученное валиком одеяло или подушки под матрас); затем подопечного отклоняют назад на подушки (скрученное валиком одеяло) так, что его тело оказывается на спине приподнятым с одной стороны, примерно на 30 градусов над уровнем кровати (рисунок 6). Спина лежит ровно и видны оба уха.

2. В случае соприкосновения ног, необходимо проложить между ними небольшую подушку.

3. Пятки необходимо освободить от длительного давления, подложив край одеяла, подушку, сложенную «корабликом» или надеть «сапожок», для предотвращения пролежней пяток и разгибательной контрактуры стопы.



Рис. 6 – Положение 30 градусов на боку

Укладывание подопечного на бок

При укладывании подопечного на бок, следует поступать следующим образом:

1. Опустите изголовье кровати;
2. Передвиньте подопечного, находящегося в положении «лежа спине», ближе к краю кровати;



3. Согните левую, если вы хотите повернуть подопечного на правый бок, ногу подопечного в коленном суставе, подсунув левую стопу в правую подколенную впадину;

4. Положите одну руку на бедро подопечного, другую – на плечо и поверните подопечного на бок на себя (таким образом, действие «рычага» на бедро облегчает поворачивание);

5. Подложите подушку под голову и тело подопечного (таким образом уменьшаются боковой изгиб шеи и напряжение шейных мышц);

6. Придайте обеим рукам подопечного слегка согнутое положение, при этом рука, находящаяся сверху, лежит на уровне плеча и головы, рука, находящаяся снизу, лежит на подушке рядом с головой (таким образом обеспечивается защита плечевых суставов и облегчаются движения грудной клетки, что улучшает легочную вентиляцию);

7. Подложите под спину подопечного сложенную подушку, слегка подсунув ее под спину ровным краем (таким образом можно «удержать» подопечного в положении на боку);

8. Поместить подушку (от паховой области до стопы) под слегка согнутую «верхнюю» ногу подопечного (таким образом осуществляется и профилактика пролежней в области коленного сустава и лодыжек и предотвращается переразгибание ноги) (рисунок 7);

9. Обеспечьте упор под углом 90° для «нижней» стопы (таким образом обеспечивается тыльный изгиб стопы и предотвращается ее «провисание»).

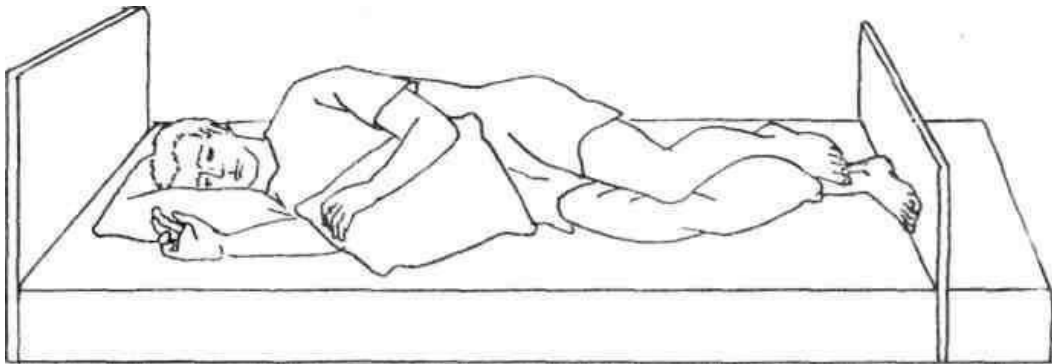


Рис. 7 – Положение подопечного на боку 90°

Перемещение подопечного к изголовью кровати.

Перемещение подопечного к изголовью кровати выполняют два человека, подопечный может помочь.

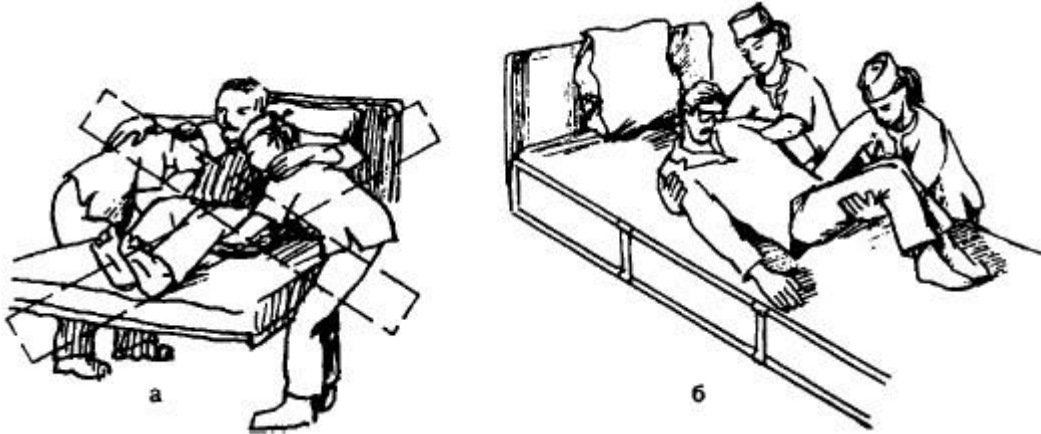


Рис. 8 – Перемещение к изголовью кровати двумя людьми

Объяснить подопечному ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие. Представить человека, помогающего в перемещении.

Оценить окружающую обстановку. Опустить боковые поручни, если они есть. Закрепить тормоза кровати.

Убедиться, что подопечный лежит горизонтально. Попросить его поднять голову и плечи, если не может, аккуратно поднять его голову и убрать подушку; прислонить ее к изголовью кровати.

Встать с разных сторон лицом к изголовью кровати (рисунок 8а).

Оба специалиста по уходу подводят одну руку под плечи подопечного, другую – под бедра (небезопасный способ);

или

один специалист по уходу стоит у верхней части туловища подопечного, руку подводит под шею и плечо подопечного. Другой рукой он обхватывает лежащую рядом руку и плечо подопечного. Второй ухаживающий встает у нижней части туловища подопечного и подводит руки под его поясницу и бедра (рисунок 8б).

Расставить ноги на ширину 30 см, отставив одну ногу слегка назад.

Попросить подопечного согнуть ноги в коленях, не отрывая стоп от постели.

Попросить подопечного прижать подбородок к груди.

Убедиться, что подопечный может помочь в перемещении, отталкиваясь стопами от постели.

Согнуть свои ноги в коленях так, чтобы ваши предплечья оказались на уровне постели.

Попросить подопечного на счет «три» оттолкнуться от постели и, выдохнув, приподнять туловище и передвинуться к изголовью.

На счет «три» качнуться и перенести массу тела на ногу, отставленную назад. В это время подопечный отталкивается пятками и приподнимает туловище.



Поднять голову и плечи подопечного и подложить подушку. Убедиться, что он лежит удобно, в нужном положении.

Перемещение подопечного к изголовью кровати

1. Выполняется одним ухаживающим, подопечный может помочь (рисунок 9а).

2. Объяснить подопечному ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие.

3. Оценить окружающую обстановку. Опустить боковые поручни, если они есть. Закрепить тормоза кровати.

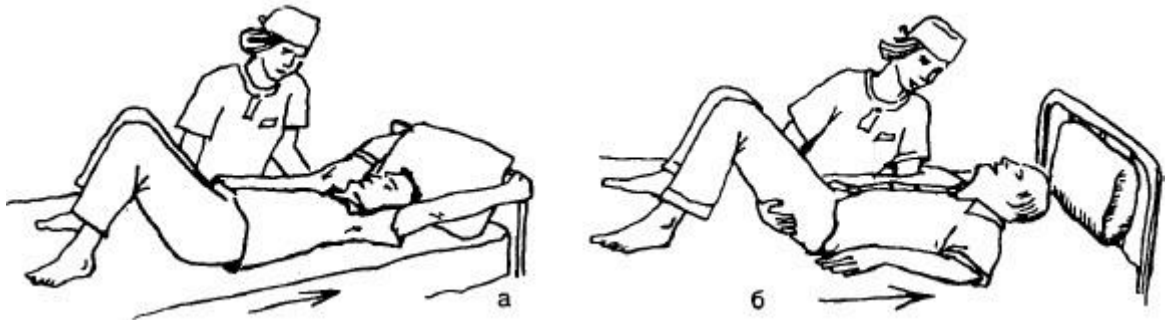


Рис. 9 – Перемещение человека к кровати одним ухаживающим

4. Убедиться, что подопечный лежит горизонтально. Попросить его поднять голову и, если он не может, аккуратно поднять голову и убрать подушку; прислонить ее к изголовью кровати.

5. Расставить ноги на ширину 30 см. Развернуть носок ближайшей к изголовью ноги в сторону изголовья.

6. Попросить подопечного согнуть колени и плотно прижать стопы к матрасу, а руки – к кровати ладонями вниз.

7. Подложить одну руку под плечи подопечного, другую – под его ягодицы. Не наклоняться вперед. Держать спину ровно. Согнуть свои ноги в коленях (рисунок 9б).

8. Попросить подопечного, оттолкнуться от кровати стопами и ладонями на счет «три», предварительно выдохнув, или попросить его руками взяться за изголовье кровати; на счет «три», выдохнув, помочь ухаживающему, подтянув себя вверх.

9. Раскачиваясь, посчитать до «трех» и перенести массу тела на ногу, близкую к изголовью, перемещая туда и подопечного.

10. Повторять эти действия до тех пор, пока подопечный не займет соответствующее положение. Перемещать его постепенно, на небольшое расстояние, чтобы не повредить спину.

11. Поднять голову и плечи подопечного и подложить подушку. Убедиться, что он лежит удобно.

Пересадить из кровати на стул/коляску

1. Подопечный информирован и согласен на перемещение.



2. Зафиксируйте кровать.
3. Объясните подопечному ваш план перемещения.
4. Посадите подопечного в кровати так, чтобы его ноги касались пола, обувь удобная и не скользящая.
5. Поставьте стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная.
6. Если вы перемещаете подопечного на кресло-каталку, уберите подлокотник, подставку для ног и зафиксируйте тормоза.
7. Ваши колени должны быть согнуты, спина выпрямлена.
8. Подложите одну руку под плечи подопечного, а другую под его бедра.
9. Не поворачивайте свою спину в пояснице.
10. Попросите подопечного, чтобы он обнял вас за талию или плечи (но не за шею), а вы проденьте свои руки под его руками, наклоняясь вперед.
11. Когда подопечный будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, ноги подопечного должны стоять на полу, а пятки слегка повернутыми в направлении движения.
12. Оставьте свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями подопечного коленом к нему, а другую по направлению движения.
13. Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, спину держите прямо. Встаньте как можно ближе к подопечному. Предупредите его, что на счет «три» вы поможете ему встать.
14. На каждый счет слегка покачайтесь вперед и назад для создания инерции. На счет «три», прижимая подопечного к себе и держа спину прямо, поднимайте подопечного, используя свое тело как рычаг (рисунок 10).
15. При повороте не смещайте свои ноги, разворачивайтесь на пятках.
16. Поворачивайтесь сами одновременно с разворотом тела подопечного до тех пор, пока он не займет положения прямо перед креслом-каталкой.
17. Осторожно опустите подопечного в кресло.
18. После того, как он сядет в кресло, поставьте подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместите ноги больного.

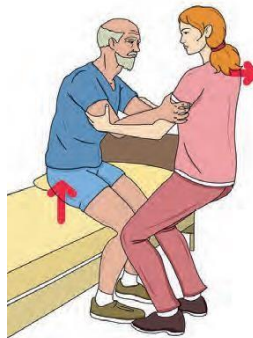


Рис. 10 – Момент подъема подопечного



Возможно использование дополнительного оборудования: вращающегося диска, пересадочного пояса и транспортной доски (рисунок 11).



Рис. 11 – Использование вращающегося диска

Поднять упавшего подопечного с пола

1. Соблюдайте спокойствие.
2. Позовите кого-нибудь на помощь (не кричите, не пугайте подопечного).
3. Сделайте визуальный осмотр на наличие повреждений.
4. Спросите подопечного о наличии и локализации болей.
5. Если болей и видимых повреждений нет, то можете поднимать подопечного с пола.
6. Продумайте стратегию и сообщите об этом подопечному.
7. Направляйте движения подопечного по аналогии со своими движениями.
8. Помогайте переносить свободные от веса части тела.
9. Дайте человеку прийти в себя, посидеть, предложите напиток, справьтесь о состоянии здоровья.

Использование пояса при пересаживании в коляску

При пересаживании подопечного в коляску с использованием пояса используют ранее рассмотренный алгоритм. Разница состоит лишь в том, что человеку, предоставляющему уход, не нужно обхватывать подопечного руками: он может держать подопечного за ремешки пояса, одетого на подопечного (рисунок 12). При другом варианте использования пояса его надевает на себя ухаживающий. Подопечный в этом случае не обхватывает его за талию или плечи, а держится за ремни пояса, помощник же обхватывает руками подопечного ниже талии. Существует также вариант пересаживания с использованием двух поясов: пояса надевают и подопечный, и ухаживающий. При этом, подопечный держится за ремни



пояса на ухаживающем, а ухаживающий держит ремни на поясе подопечного.

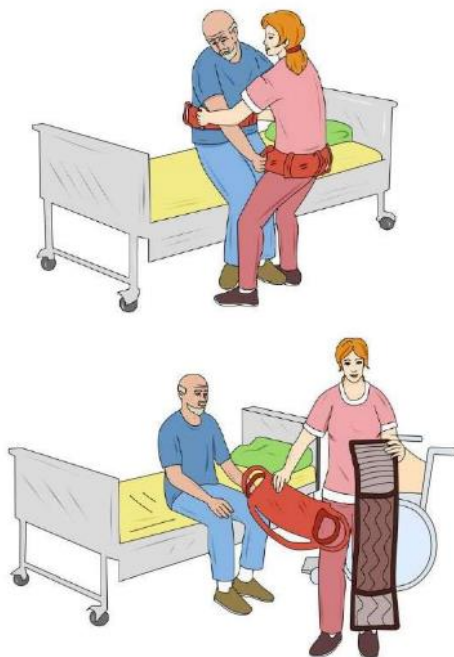


Рис. 12 – Использование пояса при пересаживании

Алгоритм проведения процедуры – позиционирование на боку 135°

1. Передвинуть подопечного, лежащего на спине, на край, вдоль кровати, к себе.
2. Вдоль тела подопечного, со стороны центра кровати, положить подушки (на уровне таза), или свернутое рулоном одеяло (от уровня таза до середины бедра).
3. Повернуть подопечного на бок. В положении на боку, ногу, которая оказалась сверху, подать еще немного вперед и вверх, удобно расположив на подушках (свернутом одеяле), так, чтобы стопа тоже оказалась на подушке. Необходимо освободить от давления большой вертел бедра нижележащей ноги (подложив две ладони под таз получателя социальных услуг и подав его немного на себя). Также, необходимо освободить от давления и нижележащее плечо (подведя руки под плечо получателя социальных услуг и подав его немного на себя). Нижележащую руку можно завести за голову или положить под подушку (рисунок 13).
4. Убедиться, что человеку удобно и безопасно. Спросить о комфорта, физическом состоянии, пожеланиях.



Рис. 13 – Позиционирование на боку 135°

Перед тем как приступить к кормлению подопечного, лежащего на кровати, необходимо перевести его в полусидящее положение, при необходимости подложив для удобства подушку. После чего следует пододвинуть к подопечному прикроватную тумбу и дать ему время на подготовку к приему пищи.

Для осуществления кормления подопечному приподнимают подголовник, чтобы он находился в положении полусидя, на грудь расстилают салфетку.

Алгоритм проведения процедуры «Сопровождение при ходьбе».

Без вспомогательных средств:

1. Придать подопечному положение сидя ближе к краю кровати.
2. Наклонить подопечного немного вперед, помочь ему встать (колени подопечного должны быть полностью выпрямлены, когда он стоит).
3. Не делать первого шага до тех пор, пока подопечный не почувствует уверенность и не найдет баланс.
4. Держать подопечного за правую руку правой (или левую руку левой) рукой. Рука подопечного чуть согнута в локте, опирается ладонью на ладонь персонала по уходу (лучше сомкнуть в замок большие пальцы).
5. Персонал по уходу передвигаться рядом с подопечным до тех пор, пока он не почувствует уверенность передвигаться самостоятельно.

С тростью:

1. Трость следует держать в руке, противоположной поврежденной конечности.
2. Помочь подопечному встать и найти равновесие.
3. При сопровождении, персонал по уходу находится с противоположной стороны от руки, в которой трость.
4. Передвигаться рядом с подопечным до тех пор, пока он не почувствует уверенность передвигаться самостоятельно.

С ходунками (роллатором):

1. Помочь подопечному встать.



2. Ходунки поставить перед подопечным на таком расстоянии, чтобы оставалось место для наклона вперед перед вставанием, и при этом он мог держаться за поручни ходунков (роллатора).

3. Сопровождать подопечного до тех пор, пока он не будет передвигаться уверенно самостоятельно.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики «сопровождение при ходьбе».

– Для начала процедуры необходимо оценить способность подопечного принимать активное участие в перемещении.

– Обувь подопечного должна быть по сезону, с задниками и удобной.

– Определить, совместно со специалистом по лечебной физкультуре (медицинским работником), какое адаптивное оборудование необходимо для обеспечения самостоятельности и безопасности передвижения подопечного

– Озвучивать каждое действие.

– Обеспечить безопасность передвижения (предупредить риск падений).

– Следить за болевым синдромом и наличием страха у подопечного.

– Во время движения следует находиться с пораженной стороны.

Передвижение с поддержкой сзади

Передвижение подопечных с ограниченной мобильностью можно осуществлять и без средств малой реабилитации. Зная принципы кинестетики, сопровождение при передвижении (ходьбе) становится безопасным и не представляет трудностей для подопечного и сопровождающего.

Такое передвижение могут выполнять один ухаживающий или два лица, осуществляющих уход (рисунок 14). В первую очередь необходимо объяснить подопечному принцип удерживания и убедиться, что он понимает полученную информацию. Далее следует оценить состояние и возможности человека: что он сможет сделать самостоятельно, а в чем ему нужна поддержка. Необходимо также оценить окружающую обстановку (влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения подопечного).



Рис. 14 – Поддержка сзади за плечи



Поддержку сзади проводят только в том случае, когда подопечный в состоянии переставлять ноги без «подкашивания» колен. Данный алгоритм удобен тем, что при этом подопечный видит окружающую обстановку и путь передвижения (рисунок 15). Подопечный должен доверять сопровождающему, особенно когда он его не видит, ощущать поддержку и понимать ее принцип. Поддержка сзади за плечи в ходе сопровождения подопечного при ходьбе не гарантирует безопасного передвижения при нарушении мобильности, однако уменьшает страх и дает ощущение близости людям, неуверенным в себе, какими являются большинство подопечных, а особенно тем из них, кто падал ранее.



Рис. 15 – Поддержка сзади за талию



Рис. 16 – Транспортировочный пояс

Такое сопровождение также осуществляют с помощью поддерживающего (транспортировочного) пояса (рисунок 16). Пояс помогает перемещаться подопечному с нарушением опорно-двигательной системы (после инсультов и при других нарушениях). Пояс можно использовать для поддержки самостоятельно идущего подопечного с одной или двух сторон. При сопровождении сзади за талию необходимо, чтобы подопечный доверял ухаживающему. Следует обнять подопечного за талию, стоя сзади него, и попросить его держаться за руки. Опираясь на три этапа передвижения тела в



пространстве, делают синхронные с подопечным шаги, озвучивая свои действия. Шаг ухаживающего одной ногой проходит между ног подопечный, а другой ногой – за ногой подопечного. Осторожно, не торопясь, делают маленькие шаги.

Передвижение с двусторонней помощью



Рис. 17 – Передвижение с двусторонней помощью

При всей важности активизации подопечных необходимо максимально снизить вероятность падений, которые могут закончиться травмой. Травма вернет подопечного к постельному режиму, что не только отрицательно отразится на его психологическом состоянии, но и может стать причиной развития состояний, опасных для жизни. Именно поэтому в некоторых случаях сопровождение подопечного следует осуществлять вдвоем (рисунок 17). Сложность заключается в необходимости постоянно следить за шагом, так как сохранять ритм ходьбы вдвоем намного труднее.

ТЕМА 5. ОСЛОЖНЕНИЯ И РИСКИ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ (НЕМОБИЛЬНЫХ) ГРАЖДАН. ПРОФИЛАКТИКИ. БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА – ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ. ПРОЛЕЖНИ, ПРОФИЛАКТИКА ПОЛЕЖНЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА ОБСТИПАЦИИ (ЗАПОР). ПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОНИИ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА. ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР.

Безопасная внешняя среда – необходимая часть жизни человека. 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.



Ослабленные подопечные, могут получить травму при падении. Такие подопечные падают в самых обыденных ситуациях – вставая с постели, со стула или в тот момент, когда садятся, ходят по дому, на мокром полу в ванной комнате, поднимаясь или спускаясь по лестнице.

Например, известно, что пожилые люди, живущие дома, падают, по крайней мере, раз в год.

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 хорошем 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 должны иметь нескользящее основание.
- У ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потертанных или порванных частей.
- Подошвы обуви и каблуки не должны быть слишком гладкими и скользкими.



- В ванных 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 и 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 лежащего пациента должен быть обеспечен с обеих сторон.
- Кровать должна быть оборудована подъемными боковыми ограждениями и устройствами для подтягивания.
- В комнате на видимом месте должны быть размещены часы и календарь.

Ухаживающий персонал обеспечивают максимальную безопасность, использует вспомогательные средства и предупреждает падения подопечного и травмы:

- при проведении ежедневных процедур личной гигиены подопечных 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.

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 сдавливания кожи.

Причины возникновения пролежней

Как известно, питание и насыщение кожи кислородом происходит благодаря наличию в ней кровеносных сосудов. Самые мелкие из них – капилляры – проникают в каждый участок кожи и питают ее. При длительном сдавлении сосуды пережимаются, кровь в ткани не поступает. Это приводит к тому, что определенные участки кожи обескровливаются, наступает некроз тканей.

Другая причина образования пролежней – неквалифицированный уход вследствие неправильного выполнения различных манипуляций с лежащим подопечным. К таким манипуляциям относят подтягивание и переворачивание подопечного в постели, смену и вытаскивание из-под подопечного мокрого белья, подкладывание под подопечного судна и многие другие, безусловно, необходимые мероприятия, которые вместо того, чтобы



приносить облегчение и улучшать качество жизни подопечного, становятся для него источником новых проблем.

При неправильном выполнении манипуляций происходит значительное смещение поверхностных слоев мягких тканей по отношению к глубоко расположенным слоям, в результате чего мелкие кровеносные сосуды рвутся, и кровоснабжение этих отделов нарушается. Аналогичным образом пролежни могут образовываться и у ослабленных лежачих подопечных, которые, не имея упора в ногах, начинают медленно сползать по стулу или кровати из положения сидя или полусидя, что мало заметно глазу, но весьма ощутимо для мягких тканей.

Давление на кожу происходит как извне, так и изнутри тела. Снаружи на тело давят складки простыни, крошки, катетер, а изнутри – кости человека.

Источник давления – собственный вес человека, поэтому силу давления определяет величина веса. Чем меньше площадь, на которую распространяется сила давления, определяемая весом человека, тем больше давление.

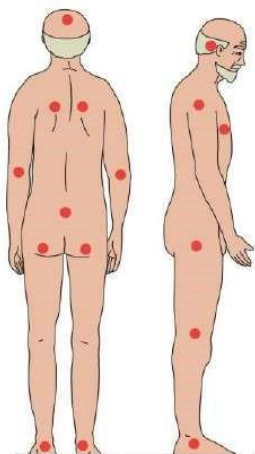


Рис. 18 – Участки тела, наиболее подверженные образованию пролежней

Как видно из рисунка 18, возникновению пролежней наиболее подвержены именно те точки тела, на которые приходится наибольшая сила давления.

Время (продолжительность) давления на кожу наряду с наличием самого факта такого давления определяет риск появления пролежня. Даже здоровый человек чувствует неприятное ощущение или боль при длительном давлении на часть своего тела. Для здорового человека, поскольку он мобилен, не составляет труда поменять положение тела и временно перевести давление на другой участок тела. Больной человек не чувствует или не в состоянии поменять свое положение. Продолжительность давления



– решающий фактор возникновения пролежней. В зависимости от состояния подопечного, наличия дополнительных факторов риска, которые будут рассмотрены ниже, для возникновения пролежня иногда достаточно 1–2 часов.

Если подверженный давлению участок освободить вовремя, можно восстановить кровообращение и избежать появления пролежня. Если давление продолжится дольше и усугубится нехватка кислорода, начнется отмирание клеток – разовьется некроз (отмирание ткани).

Стадии развития пролежневого процесса:

1 стадия: устойчивое покраснение кожи, не проходящее после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

2 стадия: стойкое покраснение кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

3 стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

4 стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Практический опыт показывает, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены пролежни всё же могут появляться.

Схожие процессы в тканях происходят и в положении сидя, только кроме давления на ткани действуют ещё и силы сдвига.

При осмотре области, которая подверглась длительному давлению, независимо от её расположения, в первые часы выявляется бледность и незначительное уплотнение тканей. Болезненность в этой области отсутствует. Очень быстро кожные покровы приобретают синюшный оттенок, на коже появляется множество пузырьков с жидкостью или формируется стойкое пятно красного цвета с чётким ободком по окружности. Затем на этом месте выявляется нарушение по типу содранной кожи. Через несколько дней формируется очаг некроза с последующим образованием гноя. Формируется глубокий пролежень, поражающий не только кожу и подкожную клетчатку, но также мышцы и даже костные структуры.

При уходе за лежачим больным необходимо осматривать кожу больного каждый раз, когда его поворачивают, поднимают, кормят или меняют бельё. Не нужно тереть места потенциального образования пролежней. Несколько раз в день необходимо протирать кожу водой, а при необходимости, в случае недержания мочи и кала или попадания рвотных масс, ещё чаще. Для личной гигиены подопечного лучше использовать жидкое мыло, не раздражающее кожу. Важно полностью смыть мыльный раствор с кожи, промокнув после этого её поверхность мягким полотенцем. Затем можно нанести защитный увлажняющий крем, втирая его аккуратными массирующими движениями. Такой массаж рекомендовано проводить несколько раз в день. Костные выступы не надо массировать. Положение



больного нужно менять через каждые два часа, поворачивая его. Это нужно делать даже ночью. Нужно постоянно следить за состоянием постели больного и его белья. Не допускать на кровати крошек, складок. Недопустим также длительный контакт кожи с мокрым бельём (при непроизвольном мочеиспускании и т. д.). Нужно следить за тем, чтобы уже поражённые участки не подвергались давлению. Положение головы в кровати не должно быть более 30 градусов. Нельзя допускать, чтобы больной, лёжа на боку, опирался на костный выступ бедренной кости. Не допускается сидение в инвалидном кресле более одного часа. Больной должен сам стараться чаще менять положение тела, массируя уязвимые участки. Рекомендовать подопечному каждый час самостоятельно уменьшать нагрузку на ягодичные мышцы: наклоняться вперёд, подтягиваться на ручках кресла и нагибаться в стороны.

Дополнительными факторами риска появления пролежней могут выступать самые различные обстоятельства. Таким фактором, например, служит повышенная температура, поскольку она, во-первых, повышает потребность клеток в снабжении кислородом, с чем и так имеются проблемы, а во-вторых, вызывает увеличенное выделение пота, что повышает влажность кожи, размягчает ее и делает более уязвимой. Недержание при физиологических выделениях также выступает отягощающим фактором риска возникновения пролежней, поскольку каловые массы и моча агрессивно разъедают кожу. Важный фактор создания условий для возникновения пролежней – разнонаправленная сила сдвига при неправильном перемещении подопечного в кровати, когда сдвигают нижние ткани кожи (появляются разрывы, сужение и даже перекрытие кровеносных сосудов).

Немобильность, невозможность самостоятельно поменить или удерживать положение тела, сниженное чувство боли при инсульте, ослабленный иммунитет, плохое общее состояние на фоне основного заболевания, кахексия, болезни, ведущие к обезвоживанию (атрофии тканей), – это факторы риска появления и развития пролежней.

Профилактика возникновения пролежней

Поскольку главное значение в развитии пролежня имеет факт сдавления тканей тела и время этого сдавления, а также дополнительные факторы риска, профилактика пролежней направлена именно на исключение этих причин. После оценки всех рисков и прогноза возможности возникновения пролежней планируют конкретные мероприятия по профилактике пролежней при уходе.

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 подопечного 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. 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.

Существует также специальный матрац против пролежней с переменным давлением. Он состоит из множества секций и отверстий, заполненных воздухом. Давление в матраце изменяется при помощи компрессора. Матрац следует накрывать только одной простыней, так как множество слоёв ткани снижает его противолежневый эффект. Матрац состоит из волокон специальных полиэфиров и трубочек из силикона. Такой состав снимает давление, не ограничивая поз больного. Матрац можно использовать для людей с любым весом и телосложением.

Профилактика обстипации (запора)

Цель – минимизировать риски и осложнения возникновения запора (обстипации) у получателей социальных услуг.

Общие понятия

Запор (констипация, обстипация). Оба термина используют для обозначения проблем с опорожнением кишечника.

Констипация – это нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более чем на 48 часов, выделение твердых каловых масс, сопровождающихся ощущением напряжения и дискомфорта.

Обстипация – это более тяжелый запор, с образованием плотных, затвердевших каловых масс. При обстипации самостоятельная дефекация невозможна.

Причины запора:

- Неправильное питание.



- Дегидратация.
- Малоподвижный образ жизни.
- Заболевания желудочно-кишечного тракта, в т.ч. заболевания заднего прохода.

- Неврологические заболевания.
- Заболевания эндокринной системы.
- Прием лекарственных препаратов.
- Длительная депрессия.
- Условия, в которых человек совершает дефекацию.

Затруднение акта дефекации может происходить если:

- Неудобно осуществлять акт дефекации в присутствии других людей.
- Мало времени и постоянный контроль со стороны других людей.
- Нарушение интимности при осуществлении акта дефекации.

Симптомы запора:

- Дефекация менее трех раз в неделю.
- Отделение кала твердой плотности.
- Отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации.

• Наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах.

- Необходимость в сильных потугах.
- Необходимость поддержки пальцами тазового дна при акте дефекации.

- Необходимость пальцевого удаления содержимого из прямой кишки.

Кроме наличия запора также могут отмечаться:

- Тошнота.
- Снижение и потеря аппетита.
- Головная боль.
- Неприятный запах изо рта.
- Налет на языке.
- Изжога.
- Бессонница.
- Головокружение.
- Утомляемость и др.

Чем опасен запор?

- Развитие дисбактериоза.
- Появление нарушений функций органов пищеварительной системы.
- Отравление (интоксикация) организма невыведенными вредными токсическими веществами.
- Появление геморроя.
- Развитие воспаления и непроходимости кишечника.
- Появление полипов и новообразований в прямой кишке.



Профилактика запора:

1. Регулярное питание – не реже 5 раз в день.
2. Диета с включением продуктов богатых растительной клетчаткой: овощей, фруктов, черного хлеба грубого помола, отрубей.
3. Соблюдение питьевого режима по согласованию с врачом (достаточный прием жидкости в течение дня не менее 1 литра).
4. Двигательная активность и занятия физкультурой (движение, мобилизация).
5. Очистительные клизмы (строго по назначению врача).
6. Отмена препаратов, которые противопоказаны при запорах (строго по назначению врача).
7. Если все меры не эффективны, назначают слабительные средства (строго по назначению врача).
8. Создание комфортных условий во время дефекации, сохраняя удобство, достаточное время, интимность и уважительное отношение к получателю социальных услуг.
9. Работа с биографией, выяснение сведений о привычках и пожеланиях получателя социальных услуг, касающихся физиологических отправлений.
10. Наблюдение за процессом дефекации на наличие: болей, стеснения во время акта дефекации, времени протекания процесса, частоты дефекации, примесей (крови, остатков пищи), консистенции, цвета, запаха, количества.
11. Проводить разъяснительные беседы с получателями социальных услуг об опасности запора, о необходимости соблюдения питьевого режима, о недопустимости сдерживания позывов на дефекацию.

Контрактуры: профилактика и уход

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. В группу риска возникновения контрактур входят немобильные и лежащие люди, клиенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию.

К первоочередному профилактическому мероприятию относят придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии.

Среднее физиологическое положение достигают при следующих установках конечностей:

- Плечевой сустав: отведение – 45°, сгибание – 40°, ротация плеча внутрь – 40°.
- Локтевой сустав: сгибание 80°, среднее положение между пронацией и супинацией (ладонь обращена к грудной клетке).



- Кистевой сустав: разгибание – 10° . Положение пальцев кисти – слегка согнуты во всех суставах, большой палец немного отведен. Можно в руку дать тренировочный мячик
- Тазобедренный сустав: сгибание 40° .
- Коленный сустав: сгибание – 40° .
- Голеностопный сустав: подошвенное сгибание стопы – 10° .

Индивидуальное положение в кровати каждому подопечному придают, исходя из плана ухода.

Для профилактики конской стопы можно использовать подставку под одеяло, которая не позволяет одеялу давить на стопу подопечного. 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 подопечного подушку.

Важное направление профилактики контрактур – активные и пассивные движения в суставах.

Активные движения:

При проведении мероприятий ухода используют все возможности и ресурсы движения человека. При возможности двигаться самостоятельно следует мотивировать получателя социальных услуг как можно больше двигаться. Все, что человек может сделать сам или с помощью помощника (например, поднять руку или ногу, помыть лицо, держать ложку, любое другое движение), служит профилактикой контрактур.

Пассивные движения:

При невозможности получателем социальных услуг совершать самостоятельных движений, необходимо проводить пассивные движения. Перед выполнением пассивных движений необходимо подготовить получателя социальных услуг психологически, чтобы снять страх и неуверенность, которые приводят к неосознанному сопротивлению усилиям произвести движение и к возникновению болей. Озвучивать каждое свое действие. Движения осуществляют только до появления болевых ощущений! Если получатель социальных услуг не может говорить, то внимательно наблюдать за выражением его лица. Начинать необходимо с крупных суставов и заканчивать движениями в кистях и стопах. Длительность упражнений не должна превышать 5 минут.

Уход при контрактурах:

- постепенное растяжение сократившихся при контрактуре мышц проводится после их предварительного расслабления. Для расслабления мышц упражнения начинают выполнять в теплой воде с применением небольших усилий;
- укрепление растянутых вследствие контрактуры мышц. При сгибательных контрактурах особое внимание уделяют укреплению мышц разгибателей, при разгибательной контрактуре дают нагрузки на мышцы-сгибатели;



- обеспечение безболезненности воздействий, так как боль способна вызывать рефлекторное мышечное сокращение.

Профилактика тромбоза

Цель – минимизировать риск осложнений и внезапной смерти у маломобильных (немобильных) граждан.

Общие понятия

Тромбоз (свертывание, сгусток) – это прижизненное формирование сгустков крови (тромбов) внутри кровеносных сосудов, препятствующих свободному потоку крови по кровеносной системе. Тромб может образоваться как в артериальном, так и в венозном русле.

Причины образования тромба:

- Повреждение стенки сосудов токсинами или травматическими воздействиями, атеросклероз сосудов.
- Повышение свертываемости крови.
- Замедление кровотока на участке сосудистого русла (заболевания сердечно-сосудистой системы, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь).

Нарушение эластичных свойств сосудов, их хрупкость, повышение давления приводят к нарушению целостности сосудистой стенки и отрыву тромба.

Факторы риска развития тромбоза:

- Возраст старше 40 лет.
- Неподвижное лежачее положение получателей социальных услуг в течение длительного периода.
- Варикозная болезнь.
- Травмы конечностей.
- Ожирение.
- Курение.
- Малоподвижный образ жизни.
- Онкологические заболевания.
- Болезни крови и сердечно-сосудистой системы.
- Тяжелое течение беременности и родов
- Оперативные вмешательства на органах грудной, брюшной полости.
- Прием противозачаточных препаратов.

Последствия тромбоза:

- Тромбоэмболия легочной артерии.
- Инфаркт миокарда.
- Ишемический инсульт мозга.
- Гангрена конечностей.
- Тромбофлебит.

Чаще всего тромбы образуются в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей и венах малого таза. Воспалительный процесс венозной стенки с формированием тромба называется тромбофлебит.



Основные симптомы тромбоза поверхностных вен:

- Тяжесть и боль в ногах.
- Синюшность кожи.
- Шнуровидное уплотнение по ходу тромбированной вены.
- Ощущение «ползающих мурашек».
- Повышенная чувствительность кожи.
- Судороги икроножных мышц.

При тромбозе поверхностных вен, осложненном тромбофлебитом:

- Отечность тканей в зоне воспаления.
- Боль по ходу вены, может усиливаться при физическом напряжении.
- Покраснение кожи по ходу воспаленной вены.

Основные симптомы тромбоза глубоких вен:

- Чувство тяжести в ногах, усиливается к вечеру.
- Боль возникает по внутренней стороне стопы, голени и бедра.
- Чувство распираания голени.
- Онемение, ощущение «ползающих мурашек».
- Ноги отекают, увеличиваются в объеме.
- Кожа пораженной ноги становится бледной и местами синюшной.
- При воспалении вены, температура тела может подняться до 39°C.
- Озноб, недомогание при отсутствии признаков ОРВИ.

Тромбоз глубоких вен – это жизнеугрожающее состояние!

Возможно движение и отрыв тромба с током крови, эмболизация сосудов жизненно важных органов (сердце, головной мозг, легкие, кишечник, почки), что может приводить к смертельному исходу.

Профилактика тромбоза:

1. Профилактика дегидратации. Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости по согласованию с врачом).
2. Употреблять продукты, способствующие разжижению крови: оливковое и льняное масло, чеснок и лук, лимоны, семечки подсолнуха, свекла, рыбий жир, томаты, овсяная каша, ягоды малины, черники, клюквы, земляники, вишни.
3. Уменьшить употребление продуктов, сгущающих кровь: мясные бульоны, колбасы, копчености, студень, белый хлеб, сливки.
4. Избегать курения, употребление алкоголя.
5. Ограничить потребление соли (по согласованию с врачом).
6. Мобилизация получателей социальных услуг.
7. Правильное позиционирование получателя социальных услуг в кровати с приподнятыми ногами.
8. Максимально возможная двигательная активность подопечного. По возможности, ходить пешком, быть на свежем воздухе, на прогулках.
9. При постельном режиме, возвышенное положение ног! (подкладывать подушки).



10. Носить компрессионное белье. Компрессионные гольфы и чулки способствуют: венозному оттоку от нижних конечностей.

11. Во время проведения мероприятий по уходу за маломобильными получателями социальных услуг (гигиена тела, переодевание) делать пассивные движениями, если человек самостоятельно не может их выполнять.

Если получатель социальных услуг в состоянии самостоятельно двигать конечностями, то просить его делать это самому.

Важно носить чулки во время мобилизации вне пределов кровати!

- Чулки необходимо надевать утром, до того, как вставать с кровати!
- Подбирать строго по размеру.
- Следить за правильностью посадки.
- Не употреблять крема до использования чулок.

При тромбозе глубоких вен строго запрещено:

- Поднимать тяжести.
- Ходить в тесной обуви.
- Давать интенсивную нагрузку на конечности.
- Принимать горячую ванну/душ.
- Набирать вес (контроль веса подопечного 1 раз в месяц).
- Потреблять много соли.
- Принимать алкоголь.
- Курить.

Профилактика пневмонии

Цель – минимизация рисков возникновения пневмонии у маломобильных (немобильных) граждан.

Пневмония – это острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно – альвеолы и интерстициальная ткань легких.

Причины возникновения пневмонии:

- Длительное статичное положение у лежачих получателей социальных услуг.
- Заброс содержимого желудка в глотку и бронхо-легочную систему у лежачих подопечных.
- Состояния после перенесенного инсульта.
- Нарушение санитарно-эпидемиологического режима,
- Проведение искусственной вентиляции легких и других медицинских процедур.
- Ненадлежащий уход.

Провоцирующие факторы:

- Переохлаждение верхних дыхательных путей.
- Острые вирусные инфекции и хронические болезни легких.
- Частые стрессы.



- Снижение иммунитета.
- Длительное пребывание в одном положении, нарушение вентиляции легких.

Пневмония часто становится причиной смерти.

Признаки пневмонии:

Пневмонию следует заподозрить, если у получателя социальных услуг появились следующие симптомы:

- Изменение общего состояния, слабость, утомляемость, потеря аппетита.
- Нарушение сознания (у людей пожилого и старческого возраста первыми признаками пневмонии может быть дезориентация, галлюцинации).
- Покашливание. Стойкий кашель, иногда болезненный.
- Мокрота, может быть с примесью крови.
- Нарушение дыхания, одышка, сухость губ, хрипы.
- Боли в груди при дыхании (усиливаются на вдохе или во время приступов кашля).
- Не исключены боли в спине и животе.
- Повышение температуры, у людей пожилого и старческого возраста – до субфебрильных цифр. В некоторых случаях температура может подняться резко и выше 38,5⁰ С.
- Симптомы общей интоксикации и лихорадки: озноб, потливость, головные боли, боли в животе, учащенное сердцебиение (тахикардия) и др.

Профилактика пневмонии:

1. Соблюдение правил личной гигиены и уход за полостью рта.
2. Полноценное питание.
3. Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости по согласованию с врачом).
4. Гигиена помещения, ежедневное проветривание, влажная уборка, борьба с пылью.
5. Избегать сквозняков и переохлаждения, при повышенной потливости менять нательное и постельное белье.
6. Ранняя и регулярная мобилизация получателей социальных услуг.
7. Позиционирование в кровати каждые два часа с целью улучшения дренажной функции бронхо-легочной системы.
8. Легкий массаж – постукивания по всей поверхности спины рукой, сложенной «лодочкой».
9. Проведение дыхательных упражнений по 3-5 минут 3 раза в день (обычный вдох носом и длинный выдох ртом, надуть воздушный шарик, дуть на еду во время приема пищи).
10. Запрет курения.
11. Профилактика аспирации.
12. Облегчить дыхание маломобильному получателю социальных услуг.



Человек должен располагаться на специализированной кровати, спинка которой поднята под углом в 30°, такое положение «освобождает» диафрагму и способствует более глубокому дыханию.

Улучшить дренаж бронхо-легочной системы можно, меняя положение тела человека несколько раз в день.

Только правильный уход способен резко снизить вероятность развития пневмонии.

ТЕМА 6. ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ГИГИЕНА РУК. МЫТЬЕ ГОЛОВЫ В ПОСТЕЛИ. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО, НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ.

Инфекционная безопасность — комплекс санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования и распространения инфекционных заболеваний у подопечных в домашних условиях и в больничных учреждениях. Специалисты по уходу должны в полной мере обеспечивать личную и общественную инфекционную безопасность при оказании услуг по уходу за подопечным.

Для предотвращения распространения инфекции необходимо:

- соблюдать личную гигиену;
- помогать соблюдать личную гигиену подопечному;
- проветривать комнату не менее 3-х раз в день;
- производить смену постельного белья при малейшей необходимости, но не реже 1 раза в 7 дней;
- осуществлять мытье подопечных не реже 1 раза в 7 дней;
- не допускать коллективного пользования предметами индивидуального пользования (зубной щеткой, расческой, полотенцем, личной посудой);
- быть крайне внимательным к появлению любых симптомов инфекционных заболеваний и немедленно сообщать об этом.

Как правильно мыть руки:

- Поскольку мыть необходимо и кисти рук, и запястья, сдвиньте ваши часы выше запястья или снимите и положите их в карман, или прикрепите булавкой к халату.
- Чтобы открыть водопроводный кран, беритесь за него через чистую бумажную салфетку (бумажное полотенце), чтобы избежать прямого контакта с имеющимися на кране микробами.
- Пользуйтесь бактерицидным жидким мылом, а не куском мыла для общего пользования. При использовании обычного кускового мыла споласкивайте его водой до и после мытья рук.



- Хорошенько намыльте руки и в течение не менее 30 секунд соблюдайте технику мытья рук.

- Тщательно ополосните теплой водой руки, чтобы удалить мыло.

- Просушите руки полотенцем.

Руки высушивают, промокая их салфеткой одноразового использования или сухим полотенцем. Убедитесь, что ваши руки полностью высохли.

Уход за волосами имеет особое значение для подопечных, 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 подопечной. 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 подопечному, следует просто повернуть голову на бок.

Если состояние подопечного позволяет, ему моют голову во время гигиенической ванны. Если подопечный 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. Психологически большинство людей чувствуют себя лучше, когда их волосы вымыты и приведены в порядок.

Надувая ванночка для мытья головы в постели. Ее использование очень просто и удобно. Подушка изготовлена для того, чтобы волосы не контактировали с грязной водой (рисунок 19). После того, как ванночка будет накачана воздухом, ее кладут под голову подопечного. Для удобства сложите одно полотенце и положите его между верхней поверхностью плеч и ванной.



Рис. 19 – Мытье головы в постели

Положение отводного шланга ванной должно быть ниже предполагаемого уровня воды. Опустите отводной шланг в ведро для сбора грязной воды (шланг не должен перегибаться). Смочите волосы и нанесите шампунь на влажные волосы. Помойте волосы, при мере необходимости – повторно. Контролируйте отток грязной воды в ведро. После окончания мытья головы вытрите волосы насухо. Удалите воду из-под головы человека, помойте ванну проточной водой, насухо ее вытрите и обработайте антисептическим средством. При необходимости удалите из надувной ванны воздух. После этого ванную можно сложить и хранить до последующего использования.

Смена постельного белья при различных видах и типах ограниченной мобильности

Смену постельного белья производят 1 раз в 7–10 дней и в экстренном порядке – по мере загрязнения. Лица, предоставляющие уход, обязаны владеть навыками смены постельного белья для обеспечения соблюдения требований личной гигиены подопечного. Смену постельного белья тяжелобольным проводят с большой осторожностью. Подопечный должен быть уверен, что его не уронят.

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 подопечного. Грязную простынь необходимо максимально докрутить до подопечного, подоткнув ее под тело. Подготовленную в виде валика чистую простынь раскладывают на кровати и раскручивают в направлении спины подопечного. После этого подопечного 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. Процедуру завершают, спросив у подопечного о самочувствии и дополнительных пожеланиях.

Видео по теме «Смена постельного белья» доступно по ссылке: <https://disk.yandex.ru/i/qLplwRWIa6DT2g>

Поперечный способ

При этом способе замену простыни производят сверху вниз. Эту манипуляцию может осуществлять один человек, однако лучше ее проводить вдвоем. В этом случае один ухаживающий может придерживать подопечного за голову, шею и плечи, а второй – непосредственно менять белье.

Подопечного приподнимают поддерживающим захватом. Один ухаживающий удерживает подопечного через всю спину за подмышку, а другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем раскручивают чистую простыню до ягодич подопечного, меняют подушки или наволочки на них и аккуратно укладывают подопечного. Второй ухаживающий поднимает и удерживает ноги подопечного, а первый скручивает грязную простыню, кладет ее в мешок и раскручивает чистую простыню до края кровати. Далее следует накрыть подопечного одеялом с чистым пододеяльником и убедиться в том, что подопечному удобно и комфортно. Важно помнить, что производя манипуляции по смене постельного белья в одиночку, необходимо все время находиться на той стороне, на которую повернут подопечный, или поднимать загородку кровати во избежание падения и предотвращения травм.

Смена нательного белья и переодевание при различных видах и типах ограниченной мобильности

Как снять нательное белье с немобильного подопечного.

Как и при выполнении других манипуляций, важно объяснить подопечному содержание предстоящей процедуры. 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 подопечного, 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 подопечного 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 подопечного под плечи и голову. После этого просят подопечного 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 подопечного, приподнимают его ягодицы и опускают рубашку вниз до конца.

Смену брюк производят аналогичным образом.

Подопечного следует перевернуть на здоровую сторону и аккуратно снять штанину с больной конечности. Затем его переворачивают на другую сторону и аккуратно снимают штанину с другой конечности.

ТЕМА 7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ, ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПИЩЕ МАЛОМОБИЛЬНЫХ (НЕМОБИЛЬНЫХ) ГРАЖДАН. ПОМОЩЬ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН В ПРИНЯТИИ ПИТАНИЯ. РИСКИ АСПИРАЦИИ. НЕДОЕДАНИЕ: ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ.

Питание – физиологический акт, направленный на поддержание жизни и здоровья человека с помощью пищи. Пища – источник энергии, необходимый для функционирования организма. В то же время пища – это главная часть окружающей среды, с которой мы взаимодействуем. Пищей наслаждаются, она стала неотъемлемой частью радости жизни. Наши чувства позволяют нам по достоинству оценить качество, вкус и консистенцию поедаемого продукта. Процесс приема пищи должен быть чем-то бóльшим, чем просто биологическая необходимость – он должен доставлять удовольствие.

Частые проблемы, связанные с кормлением

- отсутствие аппетита,
- нарушение функции глотания,
- изменение вкусовых предпочтений,
- сокращение объема / количества выпиваемой (жидкости),
- сухость во рту,
- тошнота / рвота,
- проблемы со стулом,
- изжога / отрыжка,
- боли в животе после приема пищи.

Гигиена питания

Помогите подопечному до и после еды вымыть руки или протереть их влажным полотенцем.



По необходимости протирайте губы салфеткой во время кормления.

Используйте для гигиены лица и рук горячие влажные салфетки. Для этого можно просто погреть влажное полотенце в микроволновой печи.

После еды необходимо убрать изо рта остатки пищи, чтобы ваш подопечный не поперхнулся. Пусть подопечный прополощет рот или почистит зубы. Или дайте ему запить.

Если у подопечного зубные протезы, обязательно промывайте их после каждого приема пищи.

Процесс кормления

Всегда комментируйте все свои действия и предупреждайте о них. Даже если вам кажется, что подопечный вас не слышит и не понимает!

- Приподнимите изголовье кровати или голову – подопечный должен полусидеть, чтобы не поперхиваться.

- На грудь положите полотенце или непромокаемую салфетку.

- Под голову постелите полотенце, чтобы не испачкать наволочку.

- Приготовьте стул, чтобы кормить сидя.

- Для еды и напитков используйте прикроватную тумбочку или складной столик, а не тело вашего подопечного.

- Для сохранения рефлексов, давайте человеку в руку столовый прибор, даже если он им не пользуется – очень важно до конца сохранять самостоятельность.

- Не кладите сразу много еды на ложку.

- Следите, чтобы ваш подопечный прожевал и проглотил пищу прежде, чем давать другую ложку.

- Ждите, пока подопечный сам откроет рот, когда ложка коснется губ.

- Не настаивайте, чтобы человек съел всю порцию.

- Не критикуйте его за то, что, на ваш взгляд, он мало съел. И не обижайтесь на это.

- Если пища остыла, подогрейте ее.

Следует помнить:

Не кормите, стоя над подопечным! Если хотите присесть на кровать, спросите у подопечного разрешения.

Если подопечный ест сам, разделите с ним трапезу. Вместе есть приятнее.

Если ваш подопечный не может говорить, но сжимает губы или стискивает зубы, значит он не хочется есть. Не поите и не кормите насильственно.

Если человек отказывается от еды и воды или мало ест и пьет, выясните причину.

Возможные причины:

- Снижение скорости обмена веществ: подопечному или пожилому человеку достаточно небольшого количества пищи, так как он тратит мало энергии.



• Прием лекарственных препаратов: некоторые лекарства снижают аппетит и влияют на вкусовые ощущения.

- Запор.
- Депрессия.
- Боль.
- Неаппетитная на вид или невкусная еда.
- Естественное развитие болезни (на завершающем этапе заболевания характерна потеря аппетита и отказ от воды).
- Страх перед необходимостью обращаться за помощью для похода в туалет.

Увлажняйте губы и полость рта

• Регулярно обрабатывайте полость рта ватными палочками с глицерином (можно купить в аптеке) или смоченными водой.

• Избегайте препаратов, которые могут вызвать сухость во рту (читайте инструкции и обсуждайте с врачом).

• Давайте подопечному маленькие кусочки льда для рассасывания. В воду для льда можно добавлять лимон или шалфей.

• Протирайте губы смоченным в воде ватным диском.

• Обрабатывайте губы вазелином или гигиенической помадой.

Средства малой реабилитации при кормлении

Одна из важных задач, возлагаемых на ухаживающего, – кормление подопечного. Еда и питье для подопечного приобретают особенно большое значение, часто определяющее выздоровление или прогрессирование болезни. Для подопечных, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к еде (таблица 1). Подопечному, 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. На рисунке 20 представлена сервировка стола для маломобильного человека.

Таблица 1. – Средства малой реабилитации при кормлении

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



	Для того чтобы облегчить питье подопечным с утратой хватательных движений, рекомендованы чашки на подставках, кружки с двумя ручками
	Стакан предназначен для подопечных с нарушенным глотательным рефлексом, а также с ограничением движений и тремором. Легкая чашка удобна для подопечных со слабостью в руках. Чашку можно мыть в посудомоечной машине
	Поильник полимерный для лиц, нуждающихся в посторонней помощи, предназначен для приема жидкости или жидкой пищи. Выполнен в виде стаканчика с крышкой и носиком, который не позволяет проливаться жидкости при приеме пищи. Это незаменимый аксессуар для ухода за лицами, нуждающимися в посторонней помощи
	Нагрудники предназначены для защиты одежды и белья подопечного от загрязнения во время приема пищи. Содержат защитный слой из пленки и специальный приемный карман для остатков пищи. Крепление происходит за счет клеящихся полосок. Можно стирать в стиральной машинке
	Встроенные ручки на столовых приборах предназначены для подопечных с ослабленными хватательными движениями. Подопечные могут использовать столовые приборы с квадратными, круглыми или овальными ручками различной длины, а также малого, стандартного или тяжелого веса
	Можно использовать тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, удерживающим пищу при неловких движениях подопечного

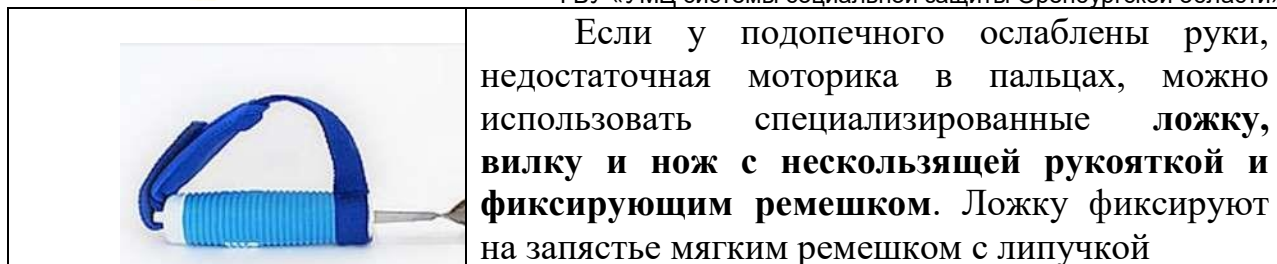


Рис. 20 – Сервировка стола для маломобильного человека

Профилактика аспирации:

- ухаживающий встает сзади подопечного и обхватывает его голову рукой (для предотвращения западения головы назад);
- указательный палец лежит между нижней губой и подбородком (рисунок 21);
- средний палец поддерживает подбородок;
- большой палец находится на височно-нижнечелюстном суставе.



Рис. 21 – Профилактика аспирации



На следующем этапе чашку или стакан, наполовину наполненный водой, можно дать в руки самому подопечному. Следует объяснить подопечному, 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 подопечного плохо смыкаются губы или его язык двигается вперед во время глотка (вместо нормальных движений вверх и назад). Сразу после глотка необходимо обследовать полость рта подопечного. 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

Кормление лежачего подопечного

Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специальный для этих целей халат или фартук. Комната, в которой находится подопечный, должна быть подготовлена для приема пищи. Убирают все, что способно подавлять аппетит: банки с мокротой, судна, мочеприемники, лекарства с резким и неприятным запахом. Температура первых блюд не должна превышать 60–65°C, вторых блюд – 55–60°C, а температура холодных закусок должна составлять 7–14°C. Желательно, чтобы блюда в пределах диетических возможностей были украшены зеленью, овощами, разрешенными приправами, которые способствуют повышению аппетита.

Следует помочь подопечному принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Подопечному накрывают грудь нагрудником, если подопечный пользуется зубными протезами, надевают их.

Перед началом приема пищи подопечному предлагают попить – это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить подопечного, одной рукой поддерживают голову подопечного, а другой – держат кружку, из которой он пьет. Если подопечного 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 подопечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так подопечный 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 подопечный мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких



ложек твердой пищи подопечному предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот подопечного салфеткой. После кормления подопечному помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.

Кормление частично мобильного пациента

Если подопечный может сидеть в постели или за столом и есть сам, перед едой его необходимо посадить в кровати или за стол и убедиться в том, что он находится в правильном положении для приема пищи. Перед едой подопечному обязательно моют руки, умывают и причесывают его, поправляют одежду, а грудь прикрывают фартучком. Проверяют температуру пищи. Еду можно подать на подносе, выбрав нужную посуду. Если пищу подают в тарелке, следят за тем, чтобы еда не лежала на тарелке горкой (желательно измельчить пищу, например, нарезать овощи, мясо и рыбу разломить на кусочки). Подопечный может есть с подноса, если ему удобно. Еду можно поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой, либо усадить подопечного за стол. Для того чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, следует использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды. Необходимо заранее выяснить, из чего подопечному удобнее пить. Важно, чтобы пища выглядела привлекательно и возбуждала аппетит.

Желательно обеспечить лечебное питание, то есть питание, удовлетворяющее физиологическую потребность организма в полезных веществах и терапевтически воздействующее на течение заболевания. Особое значение имеют регулярность питания и правильное количественное и качественное распределение суточного рациона. Наиболее рационально четырехразовое питание с 3-часовыми промежутками, в одни и те же часы. Такое питание способствует формированию условного рефлекса на время, улучшению аппетита, перевариванию и усвоению пищи.

Обработка посуды:

После кормления подопечного посуду:

- освобождают от остатков пищи (остатки пищи обеззараживают дезрастворами – по инструкции);
- проводят обеззараживание посуды дезрастворами по инструкции;
- затем проводят обезжиривание посуды, погружая ее в 2% содовый раствор или современные обезжиривающие средства, разрешенные к применению МЗ РФ.
- ополаскивание проводят под проточной водой t 70-80°C;
- сушку посуды проводят в сушильных шкафах при t 120°C – 45 мин.

Мытье кухонной посуды:

- кастрюли, ведра, термосы очищают от остатков пищи и моют горячей водой (50°C) с добавлением разрешенных моющих средств;
- ополаскивание посуды осуществляют горячей водой при температуре не ниже 65°C;



— мочалки для мытья посуды и ветошь для протирки столов по окончании уборки кипятят в течение 15 минут или дезинфицируют с помощью разрешенных дезинфицирующих средств, затем сушат и хранят в специально отведенном месте;

— ткань, использованная для мытья полов, после уборки подлежит дезинфекции, ополаскиванию и сушке.

Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнотриции).

Для выявления степени нарушения питания (синдрома мальнотриции) используют опросник Mininutritionalassessment (MNA), состоящий из двух частей.

Первая часть позволяет получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнотриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейропсихических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Вторая часть позволяет дать оценку регулярности и качеству питания, факторам, которые могут влиять на пищевое поведение: условия проживания, употребление медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи, объем живота и бедер.

Профилактика аспирации

Цель — минимизировать риски аспирации у маломобильного гражданина при процессе приема пищи.

Аспирация — это проникновение в дыхательные пути при вдохе жидких или твердых веществ (остатков пищи, слюны, воспалительного экссудата, кусочков ткани, крови, искусственных зубов и других предметов).

Основные причины аспирации:

- Лежачее положение человека при питье и приеме пищи.
- Запрокидывание головы подопечного назад при кормлении
- Частое «поперхивание» жидкостями при сохраненном глотании твердой пищи (нейрогенная аспирация).
- Нарушение глотания.
- Кашель.
- Одышка.
- Состояние алкогольного опьянения.
- Парез мышц глотки, гортани, желудочно-кишечного тракта.
- Глубокий вдох или разговор человека во время приема пищи.
- Снижение защитных рефлексов глотки и гортани на фоне инфекционных болезней или поражения центральной нервной системы.
- Аспирация рвотных масс (особенно в коме, под наркозом).



- Кровотечения из сосудов бронхо-легочной системы, пищевода, желудка, носовой полости.
- Недостаточное смыкание нижнего пищеводного сфинктера во время сна.

Симптомы аспирации:

- Резкий непрекращающийся кашель.
- Охриплость или полное отсутствие голоса.
- Чувство нехватки воздуха вплоть до удушья.
- Шумное дыхание.
- Боль за грудиной, в глотке.
- Побледнение губ, посинение носогубного треугольника.
- Обморочное состояние.

Профилактика аспирации:

1. Правильное положение тела при кормлении маломобильных граждан: обязателен подъем головного конца кровати и положение человека сидя во время кормления и два часа после него.

2. Не кормить подопечного в положении лежа, предотвращать запрокидывание головы назад при приеме пищи.

3. Не оставлять человека во время кормления одного.

4. Не торопить человека во время приема пищи. Проявлять терпение во время кормления – давать время прожевать и проглотить пищу.

5. Обучать принципам пережевывания и проглатывания пищи.

6. Использовать загустители жидкости, которые снижают риск «поперхивания» у человека с нейрогенной аспирацией.

7. Соблюдать гигиену полости рта.

8. Не давать большое количество пищи в один прием, желательно разбить кормление на несколько небольших порций.

9. Не давать напитки во время кормления, пока человек не проглотит твердую пищу.

10. Отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании (кисломолочные продукты, фрукты, варенье).

11. Отказаться от очень сухих, жестких блюд (крекеры, жареный хлеб).

12. Пища должна быть ароматной и аппетитной.

Безопасное кормление начинается с проверки глотательного рефлекса.

– Вести наблюдение за маломобильным гражданином во время пробного (тестового) кормления (питья и приема твердой пищи) для того, чтобы вовремя заметить признаки расстройства глотания.

– Попросить подопечного проглотить около 50 мл воды, начиная с 5 мл, лучше из чайной ложки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо контролировать объем и скорость поступления жидкости с помощью соломинки (трубочки).

– Необходимо наблюдать за каждым глотком.



– После каждого глотка попросить подопечного произнести любой тянущийся гласный звук (например, «ах», «ох»). Изменения в голосе (гнусавость, охриплость, булькающие звуки), возникновение кашля, шумного дыхания или удушья после глотания могут свидетельствовать об аспирации.

Кормление маломобильного человека

Лечащий врач назначает диету и характер питания. Блюда должны быть пюреобразными, жидкими или обычной консистенции. Для осуществления кормления маломобильному человеку приподнимают подголовник, чтобы он находился в положении полусидя, на грудь расстилают салфетку. Далее на кровать ставится специальный столик (он идет в комплекте к некоторым функциональным кроватям и выглядит как выдвижная досочка). На столик ставят миску с едой, из которой подопечный сам или с помощью родственников будет кушать ложкой. Оптимальный вариант, чтобы миска была с присосками, то есть не могла упасть при неосторожном движении человека. Пить дают из стакана с трубочкой или специальной поилки.

ТЕМА 8. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АСПИРАЦИИ.

Инфаркт миокарда – вид ишемического заболевания сердца, характеризующейся необратимыми нарушениями в сердечной мышце в результате ухудшения движения крови по коронарным артериям.

Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (инфаркта миокарда):

- внезапно (приступообразно) возникающие давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся более пяти минут;
- аналогичные боли часто наблюдаются в области левого плеча (предплечья), левой лопатки, левой половины шеи и нижней челюсти, обоих плеч, обеих рук, нижней части грудины вместе с верхней частью живота;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе иногда следуют за или предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке;
- не редко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

Нехарактерные признаки, которые часто путают с сердечным приступом: колющие, режущие, пульсирующие, сверлящие, постоянные ноющие в течение многих часов и не меняющие своей интенсивности боли в области сердца или в конкретной четко очерченной области грудной клетки.



Алгоритм действия при сердечном приступе

Если у человека появились симптомы сердечного приступа, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. Если нет возможности вызвать скорую помощь, то попросите кого-нибудь довезти его до больницы – это единственное правильное решение.

В наиболее оптимальном варианте при возникновении сердечного приступа необходимо действовать согласно следующему алгоритму (рисунок 22):

- Сразу после возникновения приступа посадить человека (лучше в кресло с подлокотниками) или положить в постель с приподнятым изголовьем, дать ему 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку следует разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (одну ингаляционную дозу распылить в полость рта при задержке дыхания, одну таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).

- Если через 5-7 минут после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в обязательном порядке вызвать бригаду скорой медицинской помощи и второй раз дать подопечному нитроглицерин.

- Если через 10 минут после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.

- Дать человеку успокоительное средство (пустырник или валериану). В комнате должна быть тишина, не давать ему возможности нервничать.

- Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо положить человека, поднять ноги (на валик и т.п.), дать выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин не принимать.



Рис. 22 – Алгоритм действия при сердечном приступе

Первая помощь при инсульте

Инсульт – это нарушение кровообращения в головном мозге. Он может возникнуть из-за разрыва сосуда или его закупорки тромбом. В таком случае к нервным клеткам не поступает нужное количество кислорода, глюкозы и других питательных веществ, что может привести к их гибели.

Существуют несколько факторов, повышающих риск развития инсульта, в их числе: избыточный вес, высокий уровень холестерина, сахарный диабет, гипертония, употребление алкоголя и наркотиков, курение. Помимо этого, врачи учитывают генетическую предрасположенность и возраст: болезнь чаще поражает тех, кому больше 45 лет.



Инсульт может быть ишемическим и геморрагическим. Также выделяют субарахноидальное кровоизлияние, которое встречается редко, но в 50% случаев сопровождается летальным исходом. Ему свойственна острая боль в затылке, возможны судороги, рвота и потеря сознания.

Ишемический инсульт, или инфаркт мозга, – самый распространенный вид нарушения мозгового кровообращения. Непосредственная причина ишемического инсульта – закупорка сосуда, питающего головной мозг. Это может произойти из-за образования тромба или его попадания в просвет сосуда. Повышенный риск образования тромбов есть у людей, страдающих атеросклерозом, нарушением ритма сердца или заболеванием клапанов сердца. Ишемический инсульт может произойти при самостоятельном приеме лекарств без назначения врача (например, мочегонных).

Симптомы при ишемическом инсульте развиваются в течение непродолжительного времени и не сопровождаются головной болью, так как в головном мозге нет болевых рецепторов. Чаще всего это происходит ночью, когда человек спит, а утром при пробуждении обнаруживает, что не работает рука, нога или нарушена речь.

При геморрагическом инсульте происходит разрыв стенки сосуда и кровь пропитывает ткани головного мозга. Частыми причинами геморрагического инсульта становятся повышение артериального давления, прием препаратов, снижающих свертываемость крови, нарушение строения стенки сосуда (аневризмы) или врожденные аномалии сосудистого русла. Геморрагический инсульт развивается быстро, часто сопровождается головной болью. Если кровь пропитывает сосудистые оболочки головного мозга, где есть болевые рецепторы, человек может потерять сознание. Этот подтип инсульта отличается высокой частотой гибели пациента, но если человек выживает, то неплохо восстанавливается.

Первая помощь при инсульте

Немедленно вызывайте скорую медицинскую помощь или обращайтесь в ближайшую больницу.

Перед приездом врача:

- уложите больного, подложив ему под голову, плечи и лопатки плоскую подушку;
- извлеките съёмные протезы, расстегните стесняющую одежду;
- откройте окно или форточку;
- измерьте артериальное давление (если оно очень высокое для данного больного, дайте гипотензивный препарат, который он обычно принимает; при этом нельзя резко снижать давление до привычных цифр: не более чем на 20 мм рт. ст.);
- при рвоте срочно поверните голову больного набок; очистите полость рта марлей или чистым носовым платком;
- при возникновении судорожного припадка держите голову и конечности больного, чтобы избежать получения им травм;



- при потере сознания уложите больного набок.

Успешное лечение инсульта возможно при:

- быстрое распознавание симптомов инсульта;
- экстренном вызове скорой помощи;
- транспортировке больного в сосудистый центр неврологического отделения;
- подтверждении диагноза современными методами диагностики;
- неотложной терапии.

Больные, которым была оказана специализированная медицинская помощь в первые четыре часа, имеют шансы полностью восстановить все функции, утраченные в результате инсульта. Этот период получил название «терапевтическое окно».

В некоторых случаях целесообразно самостоятельно доставить больного в ближайшую больницу, если вы не уверены в оперативности бригады. Обсудите это решение с оператором экстренных служб.

Признаки и симптомы инсульта

В зависимости от тяжести инсульта симптомы могут быть незначительными или тяжелыми. Необходимо знать, на что обращать внимание. Чтобы проверить наличие предупреждающих признаков инсульта, можно использовать западное мнемоническое правило FAST (англ. – «быстро»), которое означает:

F – face – «лицо»

A – arm – «рука»

S – speech – «речь»

T – time – «время»

Первый симптом – асимметрия лица. Если попросить человека улыбнуться, он не сможет это сделать, один уголок рта останется опущенным. Когда больной высовывает язык, тот может отклоняться в одну сторону. Как только вы провели небольшой оперативный тест, необходимо сразу вызвать скорую помощь. Часто пострадавший не реагирует на просьбы, не может связно говорить и поднять обе руки одновременно; иногда он находится в состоянии дезориентации, зрачки расширены или реакция на свет отсутствует.

Однако стоит помнить, что за движение и чувствительность отвечает лишь небольшая часть мозга, поэтому при нарушении кровообращения в других отделах мозга могут возникать самые разные симптомы: нарушение речи, глотания, зрения, головокружение, нарушение координации, спутанность и потеря сознания, эпилептические припадки, резкое снижение памяти или неадекватное поведение больного и другие.

Профилактика инсульта

Чтобы снизить риск развития инсульта, необходимо следовать основным правилам здорового образа жизни: питаться разнообразной и качественной пищей, заниматься спортом, проводить время на свежем



воздухе, отдыхать и исключить вредные привычки. Пациентам старше 40 лет следует проходить периодические медицинские осмотры (диспансеризация). Важно проводить своевременное лечение хронических заболеваний, способных повысить риск развития инсульта.

Первая помощь при аспирации

Инородное тело в дыхательных путях – это критическая ситуация! Помощь должна оказываться мгновенно – в первые секунды!

Если все-таки инородное тело попало в бронхи, необходимо:

- вызвать реанимационную бригаду,
- попытаться успокоить человека,
- не сдерживать кашель.

Определенные маневры могут спасти жизнь человеку:

1. Встаньте сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая грудную клетку получателя социальных услуг одной рукой, другой наклоните его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанесите пять резких ударов между лопатками основанием ладони (рисунок 23).



Рис. 23 – Удары в межлопаточную область

4. Проверяйте после каждого удара, не добились ли вы желаемого результата (вышло ли инородное тело)

5. Если после пяти ударов ничего не изменилось – переходите к маневру Геймлиха.

Маневр Геймлиха:

1. Встаньте позади пострадавшего, обхватите его сзади обеими руками на уровне верхней половины живота.
2. Наклоните пострадавшего чуть вперед.
3. Сожмите руку в кулак, поместите его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины.



4. Неумело проведенный прием Геймлиха небезопасен, поскольку он может привести к повреждению желудка и печени.

5. Поэтому толчок должен выполняться строго в указанной анатомической точке.

6. Обхватите кулак другой рукой и резко надавите на живот пострадавшего в направлении внутрь и вверх.

7. Повторите маневр пять раз. Если удалить инородное тело не удалось, продолжайте попытки его удаления, перемежая удары по спине с приемом Геймлиха (рисунок 24).



Рис. 24 – Нажатие на область эпигастрия (приём Геймлиха)

В случае если человек потерял сознание, положите его на спину, на ровную, твердую поверхность. Резко надавите руками на эпигастральную зону в направлении спина-голова (назад и вверх). Не приступайте к приему Геймлиха, если пострадавший сильно кашляет. Не пытайтесь ухватить пальцами предмет, застрявший в горле, так как Вы можете протолкнуть его еще глубже! Даже при благоприятном исходе маневра необходимо обратиться за квалифицированной медицинской помощью для исключения повреждения внутренних органов. Рекомендуется вести дальнейшее наблюдение за подопечным, следить за первыми признаками развития аспирационной пневмонии.

Общий алгоритм действий при асфиксии представлен на рисунке 25.

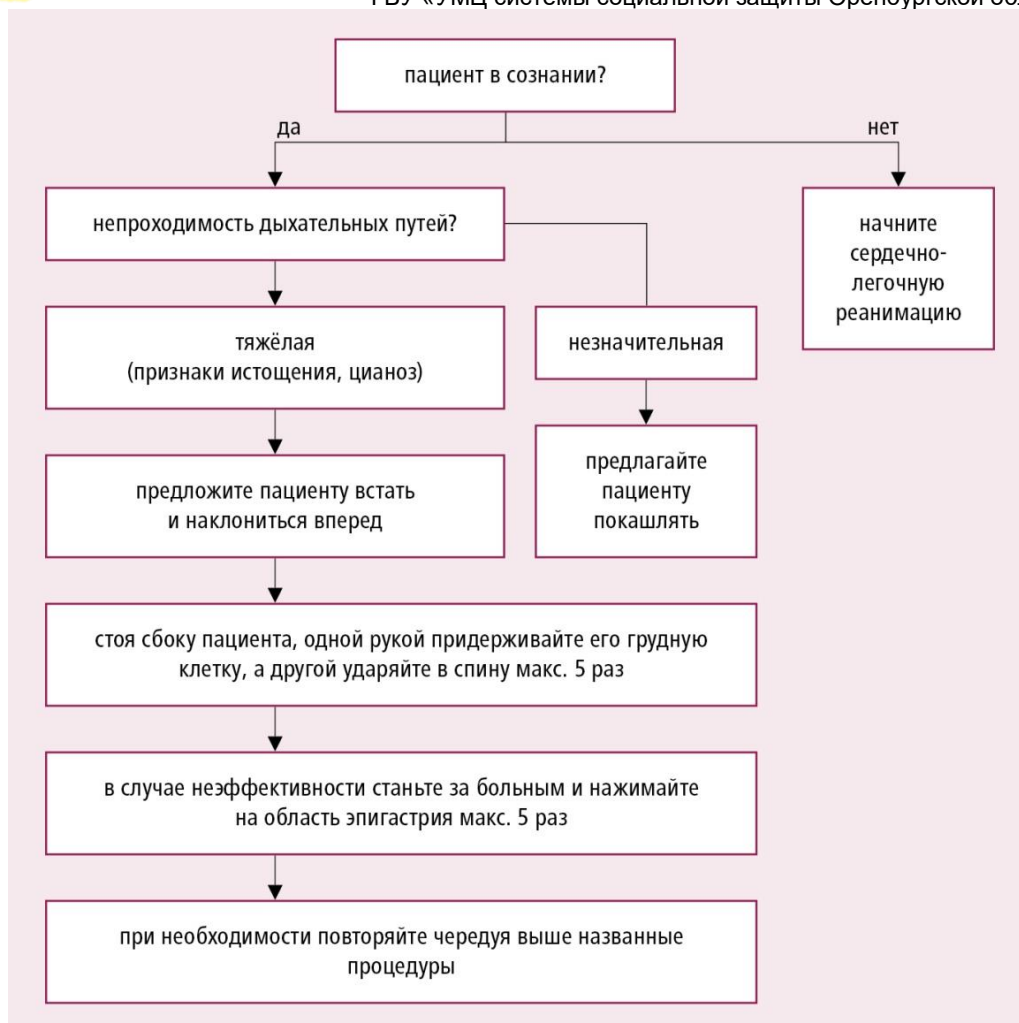


Рис. 25 – Общий алгоритм действий при асфиксии

Самые частые причины аспирации у взрослых – куски пищи. Защитной реакцией является кашель. Полная обструкция дыхательных путей приводит к асфиксии, через 10–20 секунд – к потере сознания, а в течение 3 – 4 минут к остановке кровообращения. Мелкое инородное тело или кусок пищи могут попадать в трахею или бронх, не вызывая полной обструкции дыхательных путей и асфиксии; если оно остается в бронхе, то может приводить к ателектазу легкого, его доли или сегмента, и может стать причиной рецидивирующей пневмонии.

ТЕМА 9. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ ДИАБЕТОМ

Основные мероприятия при сахарном диабете направлены на создание адекватного соотношения между поглощёнными углеводами, физической нагрузкой и количеством введённого инсулина (или сахароснижающими таблетками).



Диетотерапия – снижение потребления углеводов, контроль количества потребляемой углеводистой пищи. Является вспомогательным методом и эффективна только в сочетании с медикаментозным лечением.

Физические нагрузки – обеспечение адекватного режима труда и отдыха, обеспечивающего снижение массы тела до оптимальной для данного человека, контроль энергопотребления и энергозатрат.

Заместительная инсулиноterapia – подбор базового уровня продлённых инсулинов и купирование подъёмов глюкозы крови после еды с помощью инсулинов короткого и ультракороткого действия.

Медикаментозная терапия для больных диабетом II типа включает в себя большую группу лекарственных препаратов, которые подбирает и назначает врач.

Больному сахарным диабетом необходим постоянный контроль жизненно важных показателей.

Определение сахара в крови обязательно делать при диабете I типа: раз в неделю утром. При необходимости в течение суток: перед каждым приёмом пищи и через два часа после еды, рано утром и на ночь.

При диабете II типа достаточно проводить измерения несколько раз в месяц в разное время суток. При плохом самочувствии – чаще.

Для удобства заведите дневник, в котором фиксируйте не только показания сахара в крови, время и дату, но также дозы принятых лекарств и пищевой рацион.

Более точный и современный способ проводят глюкометром. Достаточно поместить капельку крови на присоединённую к аппарату глюкозоксидазного биосенсора одноразовую индикаторную пластину, и через несколько секунд известен уровень глюкозы в крови (гликемия).

Изменения веса тела. Необходимо ежедневно взвешивать больного для контроля эффективности лечения и расчёте доз инсулина.

Определение содержания сахара в моче.

Измерение проводят тест-полосками. Для анализа используют либо мочу, собранную за сутки, либо полчасовую порцию (после мочеиспускания в унитаз нужно выпить стакан воды и через полчаса помочиться в ёмкость для анализа).

Показатель гликолизированного гемоглобина проводят 1 раз в квартал по биохимическому анализу крови.

Как правильно проводить инъекции инсулина (только по назначению врача).

Больной и его родственники, осуществляющие уход, должны освоить технику правильного введения инсулина. Помочь им в этом может приходящая **медсестра**.

Врач может назначить одновременно или различные комбинации двух видов препаратов инсулина: малой продолжительности действия и среднего или длительного действия.



Обычно препарат инсулина короткого действия вводят 3 раза в день (перед завтраком, обедом и ужином). А препарат инсулина продолжительного действия – 1 или 2 раза в день.

Препараты инсулина дозируют в единицах действия ЕД или в миллилитрах $0,1\text{мл} = 4\text{ЕД}$.

Инсулин хранят при комнатной температуре. Если ваш подопечный хранит его в холодильнике, то перед инъекцией надо согреть ампулу в руках.

Для инъекций используют:

- специальные инсулиновые шприцы, градуировка которых позволяет соблюдать дозировку до 2 ЕД.
- шприц-ручку – «пенфил», для введения высококонцентрированного препарата инсулина (пенфила, $0,1\text{ мл} = 10\text{ЕД}$)
- инсулиновую помпу – небольшое электронное устройство, которое закрепляют на одежде больного. Помпа круглосуточно подает в организм через катетер малые дозы инсулина. Это снижает риск ночных осложнений, освобождает больного от необходимости многократных измерений и инъекций.

Места для инъекций инсулина:

- Правая и левая стороны живота, выше или ниже талии (избегайте 5см зоны вокруг пупка)
- Передняя и внешняя поверхность бёдер (на 10см ниже ягодиц и на 10 см выше колена)
- Внешняя сторона руки выше локтя.

При изменении уровня сахара в крови:

- Уточните у больного, когда он последний раз вводил инсулин или выпил таблетку.
- Если у подопечного частое и обильное мочеиспускание – поите его, чтобы избежать обезвоживания.
- Если у больного развивается кома: полная безучастность к происходящему, задержка мочи, запах ацетона (мочёных яблок) изо рта, снижение артериального давления, глубокое шумное дыхание (удлинённый вдох и короткий выдох), нарушение сознания, немедленно вызывайте скорую помощь.

Правила введения инсулина:

- Каждую неделю меняйте область для инъекций, чтобы избежать образования рубцов и отёков.
- В пределах одной области выбирайте разные точки для уколов, чтобы не травмировать кожу.
- Если одновременно надо ввести два вида инсулина – используйте для каждого отдельный шприц и место для укола (нельзя их смешивать).
- Если есть возможность у пациента подвигаться после инъекции, попросите его об этом. Инсулин быстрее попадет в кровь.



- Помните, что через 20-30 минут после инъекции подопечный должен съесть указанное врачом количество пищи.

Состояния, опасные для больного сахарным диабетом.

Любое нарушение режима может привести к недостатку (гипогликемии) или переизбытку (гипергликемии) сахара в крови, что опасно для жизни.

Если Ваш подопечный выходит из дома, проследите за тем, чтобы у него в кармане была записка с указанием заболевания, назначенной дозы инсулина и кусочки сахара. Больному, получающему инсулин, необходимо съесть кусочки сахара при первых же признаках гипогликемии. В таблице 2 представлены признаки недостатка (гипогликемия) и переизбытка (гипергликемия) сахара в крови.

Таблица 2. – Признаки недостатка или переизбытка сахара в крови

Гипогликемия (дефицит)	Гипергликемия (переизбыток)
Головокружение, внезапная слабость, головная боль. Дрожь во всём теле, мышечные судороги	Постоянная тошнота и рвота
Кожа холодная, влажная, обильное потоотделение.	Шершавая сухая кожа. Покрывшиеся корками губы.
Острое чувство голода.	Неутолимая жажда, отсутствие аппетита.
Дыхание в норме или поверхностное.	Одышка.
Внезапное психическое возбуждение (раздражительность, стремление спорить, подозрительность, воинственность).	Усталость, заторможенность, вялость.
Состояние развивается стремительно за несколько минут.	Развивается постепенно от 1 часа до нескольких дней.
Чаще развивается ночью, так как потребность организма в инсулине максимальна ранним утром.	
Больше подвержены больные с 1 типом диабета.	
Провоцирует приступ применение алкоголя.	Провоцирует стресс, острое заболевание или обострение хронического.



Экстренная помощь при гипогликемии.

Дайте подопечному сахар (4-5 кусочков в сухом виде или в виде сиропа), мёд, конфеты, горячий сладкий чай, фруктовый сок, сладкую газированную воду. Через 5-10 минут симптомы должны пройти.

ТЕМА 10. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. АЛЬТЕРНАТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ (НЕВЕРБАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ)

Восстановление после инсульта

До стабилизации состояния человек должен находиться в блоке интенсивной терапии (реанимации). После улучшения состояния его переводят в обычную палату и назначают лекарственные препараты для профилактики повторного инсульта. Кроме врачей с пациентом работают реабилитологи, логопеды, клинические психологи.

Процесс реабилитации зависит от множества факторов, в том числе от скорости оказания первой помощи и проведенного лечения, наличия хронических заболеваний.

Первый этап восстановления проходит в больнице: оценивается и стабилизируется состояние пациента. После лечения человек может остаться в стационаре или выписаться домой, но в любом случае необходимо строго соблюдать рекомендации врача. Если симптомы инсульта легкие, реабилитация может проходить амбулаторно. В первую очередь, важно снять мышечное напряжение, укрепить мобильность конечностей, стимулировать их подвижность простыми физиотерапевтическими упражнениями.

Если вы ухаживаете за человеком, перенесшим инсульт, запишите указания врача для дальнейшего лечения. Возможно, пациенту потребуется систематическая транспортировка к реабилитологу или организация медобслуживания на дому.

Организация быта больного

Прежде всего, следует правильно организовать те места в доме, которые станут на некоторое время основными зонами обитания больного.

Несколько небольших изменений в квартире сделают жизнь больного, перенёвшего инсульт, проще и безопаснее.

Для предупреждения падений в квартире не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами. Ковры с полов лучше убрать. Пролитую на пол жидкость необходимо немедленно вытереть, чтобы больной не поскользнулся.

Оборудуйте квартиру перилами, поручнями, опорными ручками, за которые может держаться больной с нарушением координации.

В квартире должно быть хорошее освещение. В комнате больного ночью должен гореть ночник.



В помещении должно быть тепло: ведь неподвижно лежащий человек переохлаждается очень быстро.

Однако несколько раз в день комнату необходимо проветривать.

Установите душ или крепление ручек в ванной для того, чтобы легче было входить в ванну и выходить из неё. Плавающий ванный термометр предотвратит случайное ошпаривание.

Специально оборудованные устройства для пользования одной рукой могут сделать возможными чистку зубов или ногтей, открывание банок.

Для создания комфортных условий больному необходима удобная кровать. Хорошо, если она будет с колёсиками, которые можно блокировать. Доступ к больному не должен быть ограничен. Наиболее удобным считается перпендикулярное расположение кровати по отношению к стене. Желательно наличие у кровати системы поднимающихся боковых ограждений.

Каркас кровати должен состоять из нескольких сегментов, которые можно поднимать или опускать. Так легче будет ухаживать за больным, придавая его телу физиологические положения. Изголовье кровати лучше приподнять, чтобы больному легче было сидеть, опираясь на подушки.

Одеяло, тяжести которого здоровые люди не замечают, может способствовать образованию пролежней у больного человека, вынужденного лежать неподвижно, поэтому вес одеяла должен быть небольшим. Чтобы избежать возникновения пролежней, необходимо использовать противопролежневый матрас.

Возле кровати должен находиться столик со столешницей, меняющей свою высоту, и низкое кресло (чтобы удобнее было вставать), с твёрдым сиденьем, высокой вертикальной спинкой и широкими опускающимися подлокотниками. Можно прикрепить к креслу самодельный столик – он послужит поддержкой для парализованной руки, а также будет удобен для еды и различных других занятий: чтения, восстанавливающих упражнений.

Важно позаботиться и о стуле-туалете около кровати, ограждённого ширмой, чтобы больной чувствовал себя комфортно.

Если больной пользуется креслом-каталкой, очень важно научиться правильно перемещать его с кресла на кровать и обратно.

У больного должна быть возможность в любую минуту позвать ухаживающего, если он находится в другой комнате или в кухне. Можно положить возле кровати колокольчик или договориться о каком-либо другом сигнале, означающем, что больному необходимо срочно ваше внимание.

После перенесённого инсульта, как правило, первое время больной будет проводить в постели. Самое главное в процессе ухода за больным – не допускать нахождения в одном положении длительное время.

Переворачивайте больного каждые 2–3 часа, обязательно выполняйте лечебную гимнастику (см. ниже), соблюдайте положение парализованных инсультом конечностей – не на весу, а с использованием подвязок и валиков.



Питание больного инсультом

В первые дни после инсульта, если сознание больного угнетено или глотательный рефлекс у него нарушен, проводят зондовое питание: больного кормят с помощью зонда или через фистулу специальными питательными смесями.

Если глотательный рефлекс сохранился, хотя бы частично (больной поперхивается твёрдой пищей, но проглатывает жидкую), можно давать соки, мягкие пюре (фруктовые, овощные и мясные), жидкие и измельчённые в блендере каши, овощные и фруктовые смузи. Чтобы такая еда имела приемлемые вкусовые качества, в неё допускается добавлять овощные соусы, не содержащие соли. Почти все продукты можно приготовить так, чтобы они стали пригодными для еды людям, имеющим проблемы с жевательной функцией. Детские пюре в банках можно использовать как альтернативное питание с добавлением специй для взрослых.

Пища не должна быть слишком горячей или холодной, аппетитной, что стимулирует выработку слюны, которая помогает глотать пищу.

Продолжительность приема пищи – 30 или 40 минут. После окончания приёма пищи больной должен находиться в сидячем положении от 45 до 60 минут.

Ухаживающий помогает больному принимать пищу на непораженной стороне рта и следит за тем, чтобы рот и горло были чистыми после каждого проглатывания. Пища, оставшаяся в поражённой стороне рта, должна быть удалена осторожно пальцем, если больной не может сделать это сам языком или пальцем.

Нередко проблемы с глотанием могут быть решены при помощи упражнений, специально подобранных врачом. Эти упражнения помогут восстановить силу мышц, участвующих в глотании, а также приведут к улучшению движений языка и губ. Главное условие – регулярное выполнение упражнений.

Желательно кормить больного 4–5 раз в день с основной калорийной нагрузкой в утренние и дневные часы.

После перенесённого инсульта диета приобретает особенно важное значение, поэтому врачи настоятельно рекомендуют придерживаться определенных принципов питания.

Принцип первый: нормализация холестерина в крови. Чтобы свести до минимума вероятность возникновения повторного инсульта, больному необходимо употреблять те продукты, которые «чищают» сосуды, и исключить всё, что способствует росту атеросклеротических бляшек.

Холестерин содержится в большей или меньшей степени во всех продуктах животного происхождения и отсутствует в растительных. Поэтому диета при инсульте большей частью должна быть вегетарианской, включая небольшое количество обезжиренных молочных и кисломолочных продуктов.



Продукты животного происхождения необходимо употреблять в соотношении с растительными 1:4 или 1:5. Предпочтительнее постная говядина, куриная грудка без кожи, рыба холодных морей в варёном виде.

Картошка и мясо должны присутствовать в меню больного не чаще, чем два раза в неделю. Их следует употреблять только в запечённом или тушённом виде. Не добавляйте во время готовки никаких масел.

Во время тушения или варки продуктов слой жира, образующийся на поверхности, следует удалять.

Количество постного мяса должно быть не более 120 граммов на прием. Картошку можно заменить бобовыми или соевыми продуктами, которые содержат много растительного белка и фолиевой кислоты, необходимой для защиты головного мозга. Продукты с большим содержанием фолиевой кислоты могут снизить риск получения повторного инсульта.

Твёрдые животные жиры следует исключить. Морепродукты должны присутствовать в рационе 2–3 раза в неделю. Готовить еду нужно с льняным, соевым, оливковым, подсолнечным маслом холодного отжима, в количестве не более 30 граммов, добавляя масло после приготовления пищи.

Больному необходимо ежедневно употреблять не менее 300 гр овощей (картофель в это количество не входит) и 200 гр фруктов. Мясо и рыбу полезнее всего употреблять вместе с порцией салата, т. к. растительная клетчатка будет препятствовать всасыванию холестерина. Необходимо включать в меню отруби, коричневый рис, овёс, которые содержат очень важные элементы (фитонутриенты). Такой рацион питания сведёт к минимуму поступление холестерина с пищей.

Принцип второй: ограничение калорийности рациона. В большинстве случаев перенесённый инсульт приводит к тому, что человек начинает намного меньше двигаться. Если привычки питания останутся прежними и калорийность рациона не уменьшится, то очень скоро придётся бороться с избыточным весом, который при инсульте очень опасен.

Основные поставщики лишних калорий – это выпечка, сдоба, жиры и сладости. Замените белый хлеб отрубным, а конфеты – свежими фруктами или сухофруктами.

Чтобы контролировать вес, больного желательно взвешивать раз в неделю, и если масса его тела начала увеличиваться – срочно пересмотреть рацион питания.

Принцип третий: контроль давления. Высокое артериальное давление является одной из главных причин инсультов, поэтому его удержание после инсульта на относительно низком уровне является одной из первостепенных задач.

Давление повышают:

- никотин;
- кофе, чай, алкоголь;



- тоники, стимуляторы (например, женьшень, эхинацея);
- избыток соли в любом виде (соленья, маринады, копчёности, твёрдые сыры, вяленая рыба и т. п.);
- избыточный вес.

Принцип четвертый: забота о почках. Недостаточное употребление жидкости приводит к тому, что почки постепенно теряют свою способность противостоять инфекции. А заболевание почек может повышать уровень артериального давления, что крайне нежелательно после инсульта.

Необходимо найти золотую середину: с одной стороны, нельзя очень наводнять организм, но с другой – жидкости должно поступать достаточно. Считается, что почки работают хорошо, если моча светлая и практически не имеет запаха.

Лучший напиток для ежедневного употребления после инсульта – это чистая, обыкновенная вода, т. к. именно она эффективнее всего очищает почки (вода должна составлять не менее 2/3 от общего объёма выпитой в течение суток жидкости).

Продукты-лекарства при инсульте

Некоторые продукты и напитки при регулярном употреблении оказывают настолько благотворное действие на организм, что их вполне можно отнести к лекарствам, поэтому больному их необходимо употреблять как можно чаще.

1. Выводят холестерин, «чистят» сосуды, делают их эластичными: чеснок, семя льна, небольшое количество оливкового масла, клетчатка (например, отруби, пшеничные зародыши, овощи и фрукты), ежедневное употребление виноградного сока (100 мл) или вытяжки из виноградных косточек.

2. Способствуют снижению давления и успокаивают нервную систему: чай из валерианы, боярышника, мочегонных трав, свекольный сок и блюда из свеклы, черноплодная рябина.

3. Разжижают кровь: чеснок, семя льна, вишня.

4. Если количество сахара в крови находится в пределах нормы, то больному ежедневно можно съедать по одному банану. В нём содержится много калия, который снижает риск получения повторного инсульта.

5. Самая эффективная ягода по восстановлению организма после инсульта – это черника. Она богата антиоксидантами, которые способствуют оздоровлению организма.

Не стоит давать больному одни и те же блюда каждый день, даже если они сделаны из рекомендуемых продуктов. Это быстро надоест и со временем станет вызывать отвращение, к тому же польза от них постепенно будет уменьшаться.

Подбирать правильное питание после инсульта необходимо индивидуально и только по согласованию с лечащим врачом и опытным



диетологом. Правильное питание – это залог скорейшего выздоровления, а также снижения риска возникновения повторного инсульта.

Проблемы с кишечником и мочевым пузырём

Нередко инсульт приводит к нарушению контроля над функцией мочевого пузыря и кишечника. Проблема становится гораздо серьёзнее, если больной не может самостоятельно дойти до туалета.

Больному легче справлять нужду сидя, а не в лежачем положении. Именно поэтому важно как можно раньше пересадить больного на стул-туалет у кровати, или подать судно по первому требованию. Чтобы избежать психологического напряжения у больного, необходимо отгородить его ширмой и выйти из комнаты на некоторое время.

Очень важно при уходе за лежачими больными, которые перенесли инсульт следить за своевременным и регулярным опорожнением кишечника. Это является сложным аспектом в психологическом плане, как для больного, так и для человека, который за ним ухаживает.

Если больной страдает от недержания кала или мочи, лучше всего пользоваться одноразовыми подгузниками для взрослых или прокладками, которые продаются в аптеках. Не забывайте о гигиене кожи промежности, пользуйтесь средствами, которые имеют защитные функции.

Чтобы не допустить развитие запора, обратите внимание на питание больного. Содержание клетчатки в рационе следует увеличить. В больших количествах она содержится в растительной пище, в сухофруктах, особенно в кураге, инжире, черносливе, а также в кисломолочной продукции.

Если больной не опорожнял кишечник более 3 дней, это свидетельствует о развитии запора, и ему нужна очистительная клизма, которую делают по назначению врача после подтверждения диагноза (обстипации).

Иногда делают масляную клизму, которая действует мягко и легче переносится больным. Её ставят вечером, а утром кишечник легко опорожняется.

Техника проведения процедуры (осуществляется только по назначению врача):

1. Объяснить больному ход манипуляции и предупредить, что после постановки клизмы, ему нельзя до утра вставать с кровати.
2. Подготовить резиновую грушу, шпатель, вазелин, растительное или вазелиновое масло, подогретое до 37–38 °С и резиновые перчатки.
3. Отгородить больного ширмой.
4. Надеть резиновые перчатки.
5. Набрать в резиновую грушу 100 мл тёплого масла.
6. Кончик груши смазать вазелином.
7. Уложить больного на левый бок, попросить, чтобы он принял позу эмбриона (сжав колени и подведя их к животу)



8. Предварительно выпустить из спринцовки воздух и аккуратно ввести масло в прямую кишку.

9. Не разжимая резиновую грушу, извлечь её.

10. Промыть грушу под проточной водой с мылом и опустить в раствор с антисептиком.

11. Снять резиновые перчатки.

12. Помочь больному принять комфортное положение.

13. При возникновении позывов к дефекации, по возможности, высадить на стул-туалет.

14. По окончании акта дефекации произвести гигиеническую обработку промежности и, если это нужно, надеть на больного подгузник.

Чтобы решить проблему запоров, можно применять различные послабляющие препараты. Но назначать и дозировать их должен только врач.

Если больной не контролирует свои физиологические отправления, на матрац, под простыню, кладут клеёнку или надевают на больного подгузник.

Профилактика и лечение пролежней является серьёзной проблемой. Для регенерации здорового кожного покрова крайне важно нормализовать кровоснабжение поражённого участка, восстановить всю совокупность процессов клеточного питания, обеспечивающих сохранение структуры и функции ткани.

Но из-за сложности проявления и развития пролежневого процесса, используемые лекарственные средства часто бывают малоэффективны. Традиционный подход предполагает ступенчатое использование разных препаратов: антисептиков, противовоспалительных средств, регенерантов.

Сейчас разработаны комплексные препараты, способные решать сразу несколько проблем: восстанавливать кровоснабжение, стимулировать регенерацию, блокировать воспаление, устранять патогенные микроорганизмы. Но в каждом конкретном случае необходимо посоветоваться с врачом.

Эмоциональное состояние больного

Эмоциональное состояние человека в первые недели или даже месяцы после перенесённого инсульта может быть крайне неустойчиво. Поэтому, если наблюдаются перепады настроения, плаксивость, апатия, депрессивное состояние, ему необходимо оказать психологическую поддержку. У больных, перенёвших инсульт, заостряются характерологические особенности личности. Они могут становиться плаксивыми и пассивными или, наоборот, грубыми и раздражительными. Значительно страдает память, особенно плохо больные запоминают текущие события, у многих нарушена речь.

Ухаживающему следует сохранять спокойствие, избегать критики и банальных фраз («держись!» и т. п.). Надо относиться к этим проявлениям болезни с пониманием, но не потакать больному в его прихотях и капризах. В то же время необходимо избегать конфликтов, обязательно соблюдать



режим. При необходимости убедить больного принимать антидепрессанты, если их назначит врач.

Хорошо рассказывать больному о себе, близких, пытаться общаться с ним на различные темы, просить рассказать о своих желаниях, называть окружающие предметы, правильно выговаривая слоги и звуки. Читать больным газеты, книги, просить пересказать прочитанное.

Здоровый психологический климат в семье – залог успешного восстановления утраченных функций.

Помощь в восстановлении

Упражнения лечебной физкультуры нужно согласовать с лечащим врачом, а ещё лучше с узким специалистом – реабилитологом. Он поможет не только подобрать правильный комплекс упражнений, но и объяснить все тонкости их выполнения на разных этапах. Значительную помощь могут оказать специализированные центры или отделения реабилитации. Разработаны программы поэтапной реабилитации человека, перенёсшего инсульт, которые могут быть использованы в домашних условиях.

Следуя им, вы можете помочь больному постепенно вернуться к нормальной, активной жизни. Все упражнения должны начинаться с более простых, с постепенным расширением их объёма в зависимости от функциональных способностей больного.

Работу по восстановлению утраченных функций больного нужно начинать с первых дней после развития инсульта. Уже с первых часов острого периода, наряду с лекарственным лечением, применяется лечение положением. Длительность лечения положением устанавливают индивидуально.

Его целесообразно проводить два раза в день по 30–45 минут непосредственно после окончания занятий лечебной гимнастикой. При появлении жалоб на онемение, неприятные ощущения или боль надо менять положение конечности. Укладку поражённых конечностей не рекомендуется проводить во время приёма пищи и в период послеобеденного отдыха. Регулярная смена положения тела и конечностей способствует не только снижению тонуса конечностей и улучшению периферического кровообращения, но и предупреждает застойные явления в лёгких.

Лечение положением.

Положение лёжа на спине. Здесь главное – сохранить лежачим больным подвижность в плечевом суставе и предотвратить боль в нём. Для этого парализованную руку укладывают на рядом стоящий табурет, подушку или другую возвышенность. Важно, чтобы рука была разогнута в локтевом суставе, пальцы распрямлены, между торсом и плечом сохранялось естественное расстояние. Этого можно добиться при помощи валика или соляного мешочка весом 500 гр.

Чтобы сохранить правильный кровоток в ногах, под колени укладывают валик и сохраняют угол 15–20 градусов. Стопа должна быть в



нейтральном положении, которого можно добиться при помощи подставки. Если паралич односторонний, старайтесь копировать больной ногой движения здоровой.

Положение лёжа на здоровом боку. Важно обеспечить парализованным конечностям поддержку: согнуть в коленных суставах и подложить под них подушку.

Положение лёжа на парализованном боку. Голова больного должна быть слегка наклонена книзу. Если парализована рука, следует выпрямить её под углом 90 градусов к торсу и перевернуть кверху ладонью. Здоровую конечность лежачим больным лучше отвести назад. Первые пассивные движения с целью улучшения подвижности суставов осуществляют уже на второй день после перенесённого инсульта. Их выполняют с помощью инструктора ЛФК или родственника. Движения должны быть плавными, медленными, не вызывать болезненных ощущений.

Лежачим больным следует обеспечивать комплекс массажа и ЛФК каждые 3–4 часа продолжительностью около 1 часа. При этом родственникам рекомендуется пройти специальный курс обучения. Ухаживать за парализованными больными следует с осторожностью. Никакое движение не должно приносить боль или дискомфорт.

Целесообразно по несколько раз в день проводить с больными дыхательную гимнастику, массаж с лёгким постукиванием согнутой ладонью по боковым отделам грудной клетки и под лопатками.

Наиболее простые из дыхательных упражнений, которые могут выполнять даже ослабленные больные, – это надувание воздушных шариков, резиновых игрушек.

Только последовательность и терпение помогут достичь результатов: больным придётся пройти все этапы от постели до костылей, ходунков, палочки и т. п.

Лечебная физкультура начинается с комплекса пассивных упражнений. Его может выполнять даже тот, кто ещё прикован к постели. Для выполнения первых упражнений больному нужна помощь.

Перед выполнением любого комплекса упражнений лучше разогреть ткани, на которые будет направлено воздействие. Для этих целей подойдут тёплые водные процедуры. Если они противопоказаны или невыполнимы по какой-то причине, достаточно будет лёгкого массажа в течение 15 минут. В крайнем случае, можно согреть поражённые конечности с помощью грелки.

К проведению массажа надо относиться осторожно, так как активное неквалифицированное массирование парализованных конечностей может привести к нежелательным эффектам. Следует помнить, что при массаже мышц сгибателей руки и разгибателей ноги желательно лишь лёгкое их поглаживание. Тем не менее, массаж необходим, и проводить его желательно несколько раз в день по 15–20 минут.



Правила проведения массажных процедур:

- прежде всего, следует разогреть кожу и вызвать приток крови мягкими круговыми движениями;
- проводя массаж руки, двигаются от кисти к плечу, ноги – от стопы к бедрам;
- спину массируют с применением чуть более резких движений – постукиваний и пощипываний, но без применения силы;
- разминая грудь, нужно двигаться круговыми движениями от центра наружу, применяя лёгкие надавливания.

Когда тело больного готово для упражнений, переходят к пассивной физкультуре.

Нужно учесть, что больные с идентичной проблемой и тяжестью инсульта могут восстанавливаться по-разному. Поэтому не следует перегружать больного. Это так же вредно, как и полное отсутствие лечебной гимнастики.

Строгий индивидуальный подход с чётким соблюдением общих правил лечебной физкультуры можно назвать единственным правильным шагом на пути к быстрому восстановлению больных после инсульта.

Упражнения в условиях постельного режима

1. Сгибание-разгибание, а также вращательные движения конечностей и их частей (пальцев, кистей, стоп и т. д.); движения конечностей в плечевых и тазобедренных суставах. Эти действия больной должен выполнять ежедневно, начав с 10-минутного занятия и постепенно достигая его получасовой продолжительности. В течение одного занятия каждые 5–10 минут надо делать небольшие перерывы, чтобы мышцы получили кратковременный отдых.

2. Упражнение для восстановления руки: растягивание спазмированных конечностей при помощи лонгет (шин) и других приспособлений. Для этого согнутая конечность постепенно разгибается от пальцев и фиксируется бинтом к твёрдой плоской дощечке или другому приспособлению. Поэтапно производятся такие же действия с вышележащими участками руки (кистью и предплечьем). В таком положении конечность фиксируется на полчаса, но можно и дольше, если у больного это не вызывает дискомфорта.

3. Следующее упражнение могут выполнять лица с восстановленной функцией кисти. Над кроватью подвешивается полотенце. Больной захватывает его кистью и производит все возможные движения (отведение и приведение, поднимание-опускание в плече, сгибание-разгибание в локте). Постепенно полотенце поднимают выше, и выполнение упражнений затрудняется собственным весом больного.

4. Полоску широкой резинки длиной в 40 см нужно сшить в кольцо. Этот тренажёр надевается сначала на обе руки, а потом – на ноги. Слегка натягивая резинку, конечности разводят в стороны, а затем, отпуская резину,



сводят их. После выполняют то же упражнение, двигая конечностями вверх-вниз. Вначале кольцо надевают на запястье или щиколотки, а потом, изменяя нагрузку, передвигают его повыше. Таким образом, тренируются разные группы мышц.

5. Для устранения мышечного спазма нижней конечности в подколенной области укладывается жёсткий валик, толщина которого постепенно увеличивается. Так достигается растяжение мышц и увеличение объёма движений.

6. Обхватывание голеней над голеностопным суставом с дальнейшим сгибанием-разгибанием ног в коленных суставах путём скольжения стоп по постели.

7. Лёжа в постели, необходимо плавно поднять руки над головой и попытаться ухватиться за спинку кровати. После этого выполняются неполные подтягивания с одновременным вытягиванием стоп и пальцев (как бы потягивания).

8. Упражнения для глаз восстанавливают функцию подвижности глазных яблок и служат адаптации зрения: движения глазными яблоками сверху вниз, справа налево, по диагонали, по кругу. Чередовать упражнения с закрытыми и открытыми веками. Помимо мышечной памяти, это нормализует артериальное давление.

9. Фиксация взора в одной точке с последующими вращательными, кивательными и круговыми движениями головы без отрыва от точки фиксации.

10. После того как гимнастика для глаз завершена, нужно снять напряжение, сильно зажмуриваясь и открывая веки. Повторить 10–15 раз.

Переход к ЛФК в положении сидя

Упражнения в сидячем положении направлены на восстановление движений руками, укрепление спины и подготовку ног к ходьбе.

Примерно на третьей неделе реабилитации нужно начинать упражнения в сидячем положении больного.

1. Вращения головой и упражнения для шеи. В медленном темпе, не резко повторить 6–8 раз в каждую сторону.

2. Если при инсульте была поражена одна сторона, нужно стараться выполнять неподвижной рукой движения, симметричные с подвижной. Например, лечь на спину и постараться поднять обе руки, поворачивать кистями одновременно.

3. То же самое – для ступней: вытягивать и притягивать к себе, стремясь достичь одинакового движения в обеих конечностях.

4. Хватательные движения (обязательны для моторики пальцев). Можно обзавестись набором кистевых эспандеров (мячиков) различной плотности.



Постепенно в положении сидя можно переходить к более амплитудным вариантам: приподнимание самостоятельно, при помощи спинки кровати и ремня.

1. Исходное положение – сидя в постели. Руки отводятся назад. На вдохе производят максимальное приближение лопаток друг к другу с одновременным запрокидыванием головы назад. На выдохе следует расслабление. Повторить 5–6 раз.

2. В положении сидя больной руками держится за край кровати. На вдохе производится прогибание в спине с одновременным вытягиванием туловища в состоянии напряжения. На выдохе следует расслабление. Цикл состоит из 8–10 повторений.

3. Исходное положение: сидя на кровати, ноги находятся на уровне тела (не опускаются). Поочередно поднимают и опускают левую, а затем правую ногу несколько раз.

4. Исходное положение такое же. Под спину подкладываются подушки, чтобы она была расслаблена. Ноги вытянуты. Поочередно каждую ногу сгибать и подтягивать к груди, обхватывая колено руками во время вдоха и задерживая дыхание на несколько секунд. Выдохнуть, мышцы расслабить.

Лечебная физкультура стоя

Настанет момент, когда врач разрешит больному встать, держась свободной рукой за спинку кровати или руку помощника. После того как больной научится снова самостоятельно стоять, ему надо освоить попеременный перенос тяжести тела с одной ноги на другую.

Не забывайте, что у больного всегда должна быть опора. Чтобы его стопа не подворачивалась, лучше подобрать ему высокую обувь.

Вариантов, которые подразумевает физкультура для рук и ног в стоячем положении, уже гораздо больше.

Комплекс базовых упражнений.

1. Прямая стойка – руки по швам, положение ног на ширине плеч. Подъём рук на вдохе, круговое опускание вниз на выдохе. Курс движений – от 4 до 6 раз.

2. Повороты туловища – ноги расставлены шире, на счёт раз – вдох, на два – выдох и медленное скручивание торса в сторону. На обе стороны повторить, по меньшей мере, 5 раз.

3. Приседания: на выдохе больной должен постараться присесть, не оторвав пяток от пола. Руки вытягиваются вперёд. Внизу – вдох, на втором выдохе – подъём. Цель – сохранить равновесие, размять мышечную группу ног. Повторение – от 4 до 8 раз.

4. Наклоны: ноги на ширине плеч, руки на поясе. На выдохе – наклон вправо или влево, противоположная рука тянется вверх.

5. Упражнение сразу для рук и ног – махи: рука вытянута, ногой в сторону делать маховые движения.



Амплитуда небольшая, желательно второй рукой опираться, например, на спинку кровати. Главный принцип – не задерживать дыхание, повторить движения каждой ногой до 7–8 раз.

6. Подъёмы на носки ног, вращение кистью или голеностопом, сведение рук в замок за спиной – эти упражнения неплохо разминают суставы.

В комплекс упражнений при инсульте обязательно входит ежедневная ходьба. Чтобы нагрузить руки и дать работу для ног, можно ходить с лыжными палками в руках. Тем самым, всегда имеется поддержка и производится дополнительная лечебная кардионагрузка.

Во время выполнения упражнений, относящихся к этапу восстановления тонких движений, можно продолжать гимнастику с предыдущих этапов. Разрешается лечебная физкультура с использованием лёгких гантелей.

Самостоятельно больной может выполнять следующее: неподвижную конечность подвешивают на ленту или полотенце, чтобы больной мог мотать или даже вращать конечностью в петле.

Любая лечебная гимнастика должна производиться по 40 минут дважды, а после второй недели трижды в день.

Лечебная физкультура должна стать частью образа жизни больного.

Мысленная физкультура

Не следует забывать, что конечностями управляет мышечная память, поэтому важно заниматься не только физической, но и мыслительной гимнастикой. Для этого нужно многократно повторять команду.

Пока больному трудно это освоить, родственникам необходимо произносить команду вслух и заставлять больного повторять её: «Я шевелю пальцем ноги» и т. д. У подобной методики внушения есть ещё один плюс – реабилитация неврологического состояния и речевого аппарата больного.

Ходьба

Когда больной сможет подняться, настраивайте его на то, что навыки ходьбы будут возвращаться постепенно. Помогайте больному на этом этапе, поддерживайте его при ходьбе первое время, не оставляйте одного. Поддерживать больного нужно с парализованной стороны.

Следующий этап – ходьба без поддержки, но с опорой. Вначале – стул или трёх- четырёхножная приставка, манеж, потом – специальная трость. Только после того как вы убедитесь, что больной уверенно ходит в помещении, можно выходить с ним на улицу.

Восстановление речи

Восстановительные процессы в головном мозге в отношении речевой функции проходят намного медленнее, чем при двигательных расстройствах. Они могут длиться несколько лет. Поэтому заниматься с больными нужно постоянно, начиная с первых суток восстановительного периода после стабилизации общего состояния. Нельзя прекращать занятия, несмотря на



длительное отсутствие выраженного эффекта. Рано или поздно все старания будут вознаграждены постепенным улучшением речи.

Рекомендации по поводу упражнений по восстановлению речи достаточно чёткие. Главная их направленность – приобщение нервных клеток, расположенных в области поражённого центра речи, к выполнению утраченной ими функции. Этого можно достичь путём постоянных тренировок речевой функции и слуха. Чтобы больной восстановил способность к самостоятельному разговору, он должен слышать речь.

В случае полной утраты речевой способности необходимо начинать с произнесения отдельных звуков и слогов. Для этого больному говорят часть слова или фразы, не договаривая окончаний. Больной сам должен их выговаривать. Постепенно объём воспроизводимых слов должен увеличиваться. Самым последним этапом является повторение стишков и скороговорок.

Благотворно на развитие речевой способности влияет пение. Если больной будет слышать пение, а впоследствии вместе с близкими будет пытаться петь, то это у него получится намного быстрее, чем обычная речь.

Бывает, что человек потенциально способен говорить, но из-за длительного нарушения иннервации мимических и жевательных мышц происходит их своеобразное застывание. В таком случае их необходимо активно разработать следующими способами:

- сворачивать губы в трубочку;
- оскаливать зубы;
- максимально выдвигать язык вперёд;
- поочередно легко прикусывать зубами верхнюю и нижнюю губы;
- облизывать языком губы в обоих направлениях (слева направо и наоборот).

Больной с афазией (системным нарушением речи) может не понимать, о чём с ним говорят, или понимать, но не быть способным выразить свои мысли. Он может употреблять неправильные слова, иметь проблемы с чтением и письмом. Практические советы при афазии:

- постарайтесь задавать вопросы, на которые легко ответить: «да» или «нет»;
- говорите с больным медленно и чётко;
- используйте простые предложения и слова;
- будьте терпеливы и давайте больному время на понимание и ответ;
- если вы не поняли больного, спокойно и доброжелательно попросите его повторить фразу.

Нередко при инсульте ограничивается подвижность органов речи (мягкого нёба, языка, губ). Больной из-за этого говорит очень медленно. Его голос может быть хриплым, приглушённым, а речь – неразборчивой.

Логопед может обучить больного специальным упражнениям для тренировки / укрепления мышц языка и лица.



Специалист по уходу, общаясь с больным, должен чётко произносить каждый звук в слове. Следует больше фокусироваться на правильном произношении отдельных слов, чем стараться произнести все предложение. Говорить медленно и громко, терпеливо ждать ответа.

Все упражнения по укреплению лицевых мышц больной должен осваивать перед зеркалом.

Восстановление памяти после инсульта

Память зачастую также нарушается в результате инсульта. И очень важно правильно подойти к восстановительным процессам этой функции мозга. Как и с любым другим проявлением высшей нервной деятельности, работать с ней нужно начинать как можно раньше. Желательно сразу после ликвидации прямой угрозы жизни человека и явлений отёка мозга, происходящих на фоне инсульта.

Первое, над чем работают врачи, – это медикаментозная поддержка поражённых нейронов.

Помимо медикаментозной коррекции должно производиться и функционально-восстановительное лечение. Оно предполагает постоянную тренировку способности мозга к запоминанию. Этот процесс – один из самых длительных среди всех видов восстановительного лечения после инсульта и занимает долгие месяцы и даже годы. Тренировки заключаются в запоминании и постоянном повторении цифр, определённых слов, стихов, сначала коротких, а затем более длинных. Также благотворно влияют на память настольные игры и другие занятия с элементами игры, когда больной одновременно отвлечён от окружающего мира и сконцентрирован на определённом действии.

Иногда восстановление нарушенных функций затягивается. Необходимо быть готовым к тому, что лечебная гимнастика и занятия по восстановлению речи будут проводиться длительно и обязательно систематически. Особенно настойчиво необходимо заниматься в первые 2–3 месяца после перенесённого инсульта. Необходимо выполнять упражнения, не пропуская ни дня, постепенно увеличивая нагрузку.

Альтернативная (невербальная) коммуникация.

Общение – «передача информации от человека к человеку», сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных процесса: коммуникацию (обмен информацией), интеракцию (обмен действиями) и социальную перцепцию (восприятие и понимание партнера). Общение осуществляется разными средствами. Выделяют вербальные и невербальные средства общения.

Вербальное общение – общение словами, речью, процесс обмена информацией и эмоционального взаимодействия между людьми или группами при помощи речевых средств. Вербальное общение отличают



от невербального общения, где главное передается не речью, а интонациями, взглядом, выражением лица и другими средствами выражения отношений и эмоций. Вербальное общение представляет собой словесное взаимодействие сторон и осуществляется с помощью знаковых систем, главной среди которых является язык. Язык как знаковая система является оптимальным средством выражения человеческого мышления и средством общения. Система языка находит свою реализацию в речи, т.е. язык присутствует в нас постоянно в состоянии возможности. Вербальная коммуникация использует в качестве знаковой системы человеческую речь, естественный звуковой язык, то есть систему фонетических знаков, включающую два принципа: лексический и синтаксический. Речь является самым универсальным средством коммуникации, поскольку при передаче информации при помощи речи менее всего теряется смысл сообщения. Правда, этому должна сопутствовать высокая степень общности понимания ситуации всеми участниками коммуникативного процесса.

Альтернативная коммуникация (невербальное общение) – это сторона общения, состоящая в обмене информацией между индивидами без помощи речевых и языковых средств, представленных в какой-либо знаковой форме. Такие средства невербального общения как: мимика, жесты, поза, интонация и др. выполняют функции дополнения и замещения речи, передают эмоциональные состояния партнёров по общению. Инструментом такого «общения» становится тело человека, обладающее широким диапазоном средств и способов передачи информации или обмена ею, которое включает в себя все формы самовыражения человека. Распространённое рабочее название, которое употребляется среди людей – невербалика или «язык тела». Психологи считают, что правильная интерпретация невербальных сигналов является важнейшим условием эффективного общения. Знание языка жестов и телодвижений позволяет не только лучше понимать собеседника, но и (что более важно) предвидеть, какое впечатление произведет на него услышанное еще до того, как он выскажется по данному поводу. Другими словами, такой бессловесный язык может предупредить о том, следует ли изменять свое поведение или сделать что-то другое, чтобы достичь нужного результата.

ТЕМА 11. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ

Уход за пациентом с деменцией в домашних условиях

1. Установите режим подопечному, пытаясь сохранить его привычные занятия. Благодаря режиму повседневная жизнь больного становится более организованной, упорядоченной. Режим становится источником уверенности, защищенности, он должен как можно больше сохранять заведенный прежде порядок жизни больного.



2. Поддерживайте независимость больного. Больной должен как можно дольше оставаться независимым. Это облегчает вашу работу и помогает сохранять пациенту чувство уважения к себе.

3. Помогайте сохранять больному чувство собственного достоинства. Человек, за которым вы ухаживаете, является личностью, не лишенной чувств. Ваше отношение к больному, ваши поступки оказывают влияние на подопечного. Будьте терпимы, уважайте чувства больного, не обсуждайте состояние больного в его присутствии.

4. Воздерживайтесь от конфликтов. Конфликты вызывают стресс, как у больного, так и у вас. Пытайтесь сохранять спокойствие в любой ситуации. Не проявляйте гнев, разочарование и раздражительность. Всегда помните – виновата болезнь, а не человек.

5. Пытайтесь постоянно привлекать внимание больного, давая ему простые задания. Больной должен чем-то заниматься, однако, занятия должны быть легкими и доступными. Нельзя давать слишком трудные задания, а так же их выбор должен быть ограничен. Невыполнимые задания вызывают стресс и способствуют ухудшению состояния.

6. Создавайте условия для максимального проявления имеющихся у больного способностей. Занятия больных должны быть тщательно продуманы. Они повышают уважение и чувство собственного достоинства. Это нужно поддерживать постоянно. Занятость в доме придает жизни пациента цель и значение. Однако не забывайте, что болезнь Альцгеймера – прогрессирующее заболевание. Способности больного с течением заболевания могут меняться. Ухаживающий за пациентом должен быть наблюдательным и готовым изменить природу занятий больного, чтобы не вызвать у него стресс.

7. Позаботьтесь о безопасности в доме. Проявления заболевания такие, как потеря памяти и нарушение координации движений повышают риск травмирования больного. Необходимо сделать ваш дом как можно более безопасным.

8. Поддерживайте общение с подопечным. С развитием болезни общение между ухаживающим персоналом и больным может становиться все труднее. Следует проверить зрение и слух у пациента, при необходимости заказать более сильные очки, заменить слуховой аппарат.

При общении рекомендуется:

- уважительно обращаться к больному по имени (отчеству);
- говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу с больным, при этом держать голову на уровне его глаз;
- проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая больного, если это его не стесняет;
- внимательно выслушать больного;
- обращать внимание на невербальные средства общения;



- попытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с больным;
- избегать негативной критики, споров, конфликтов;
- перед тем, как заговорить, проверить, слушает ли Вас подопечный.

Как разговаривать с больным

- Сохраняйте хладнокровие и говорите мягким, нормальным голосом.
- Говорите короткими и простыми предложениями, содержащими только одну мысль.
- Всегда давайте человеку достаточно времени на то, чтобы он мог вас понять.
- Желательно использовать, по возможности, выражения, в которых содержатся подсказки, например, «Твой сын, Иван».

Купание и личная гигиена

Больной может забывать умываться, не видеть необходимости в умывании или не помнить, как это делается. Предлагая больному свою помощь, постарайтесь сохранить его личное достоинство.

- При умывании пытайтесь придерживаться прежних привычек больного.
- Старайтесь сделать умывание максимально приятным, помочь больному расслабиться.
- Принятие душа может быть проще, чем купание в ванне, однако если человек не привык принимать душ, это может его беспокоить.
- Если больной отказывается от купания или душа, подождите некоторое время – настроение может измениться.
- Пусть больной все, что возможно, делает сам.
- Если больной смущается при купании или принятии душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела.
- Не забывайте о безопасности, ее обеспечивают надежно закреплённые предметы, ручки или перила, за которые можно ухватиться, коврик, на котором нельзя поскользнуться, а также дополнительный устойчивый стул.
- Если, помогая больному мыться, Вы каждый раз сталкиваетесь с проблемами, попросите, чтобы Вам кто-нибудь помогал.

Одевание

Больной может забыть процедуру одевания, не видеть необходимости в смене одежды. Иногда в присутствии людей больные появляются одетыми неподобающим образом.

- Положите одежду подопечного в том порядке, в котором ее необходимо надевать.
- Избегайте одежды со сложными застежками, используйте предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.
- Не торопите больного при одевании, поощряйте его самостоятельные действия.



- Обувь должна быть удобной, нескользкой, на резиновой подошве, свободной, но не спадающей с ноги.

Посещение туалета и недержание

Больные могут забывать, где находится туалет, и что в нем делать, перестают ощущать, когда следует пойти в туалет.

- Поощряйте посещение больным туалета.
- Установите определенный режим посещения.
- Обозначьте дверь в туалет большими цветными буквами.
- Оставьте дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти.
- Убедитесь, что одежда больного легко снимается.
- В рамках разумного ограничьте прием жидкости перед сном.
- Рядом с постелью можно поставить ночной горшок.
- При необходимости используйте подгузники.

Питание и приготовление пищи

Страдающие деменцией нередко забывают есть, могут не помнить, как пользоваться вилок или ложкой. На поздних стадиях заболевания больного нужно кормить. Могут появиться и физические проблемы – отсутствие способности нормально жевать и глотать пищу.

- Напоминайте больному о необходимости приема пищи.
- Давайте ему пищу, которую он может есть руками.
- Нарезайте пищу маленькими кусочками, чтобы больной не мог подавиться.
- На поздних стадиях болезни готовьте пюре и жидкую пищу.
- Напоминайте, что есть нужно медленно.
- Не забывайте, что больной может потерять ощущение холодного и горячего и обжечься, поэтому пища должна быть тёплой.
- Не давайте больному более одной порции сразу.
- Если возникают проблемы с глотанием, обратитесь за советом к врачу, он ознакомит Вас с приемами, стимулирующими глотание.
- Следите за тем, чтобы больной получал достаточное количество питательных веществ.

На поздних стадиях заболевания больной может утратить способность готовить пищу. Это может стать серьезной проблемой, если человек живет один. Плохая координация движений приводит к повышенной опасности травматизма, например ожогов и порезов при приготовлении пищи. Постарайтесь обеспечить больного готовой пищей.

Больной плохо спит

Больной может бодрствовать по ночам и мешать спать всей семье. Для лиц, осуществляющих уход за больным, это может быть самой изнурительной проблемой. Что можно сделать?

- Попытайтесь не давать больному спать днем.
- Может помочь ежедневная длительная прогулка. Давайте больше физических занятий в дневное время.



- Следите за тем, чтобы больной, ложась спать, мог чувствовать себя комфортно и удобно.
- Больной часто теряет вещи, обвиняет Вас в краже. Больной часто может забывать, куда он положил тот или иной предмет. Зачастую он обвиняет Вас или других людей в краже потерянных вещей.
- Выясните, нет ли у больного укромного места, куда он прячет вещи.
- Держите у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки.
- Проверяйте мусорные ведра и корзины, перед тем как выкидывать из них мусор.
- На обвинения больного отвечайте ему спокойно, не раздражайтесь.
- Согласитесь, что вещь потеряна, и помогите ее найти.

Бродяжничество

Иногда у больных проявляется склонность к уходу из дома, бродяжничеству. Больной может уйти и блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении и заблудиться, оказаться даже в другом городе. Сделайте так, чтобы у него всегда был при себе какой-либо документ, удостоверяющий личность,

- Позаботьтесь, чтобы в кармане одежды страдающего деменцией лежала записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно связаться с ближайшими родственниками больного или лицами, ухаживающими за ним.
- Убедитесь в том, что все выходы из дома хорошо запираются, что в доме / квартире больной находится в безопасности и без Вашего ведома не сможет уйти из дома.
- Если все же больной заблудился, контролируйте свои эмоции, говорите спокойно, не ругайте больного, попытайтесь выразить ему свою поддержку, когда его находят.
- Полезно иметь недавно сделанную фотографию больного на случай, если он заблудится и Вам понадобится помощь других людей в его поиске.
- Для борьбы с бродяжничеством можно прикрепить ко всем дверям небьющиеся зеркала: собственное отражение в зеркале отвлекает больного от намерения открыть дверь.

Агрессивное поведение

Повышенная возбудимость может быть следствием:

- Стресса, вызванного чрезмерным умственным или физическим напряжением.
- Отчаяния, вызванного неспособностью окружающих понять желания больного.
- Другого заболевания.

Как себя вести:

- Старайтесь сохранять спокойствие, не проявляйте собственного страха или беспокойства.



- Всеми возможными методами следует избегать ответной агрессивности; обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию больного.
- Не следует находиться к больному слишком близко, он может воспринять это как угрозу.
- Постарайтесь переключить внимание больного на более спокойное занятие, если не получается, то лучше не предпринимать активных действий и подождать, когда приступ пройдет.
- Следите, чтобы опасные предметы (ножи, палки, спицы, топоры) находились вне досягаемости больного.
- Постарайтесь определить, что вызвало такую реакцию больного, и проследите за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.
- Если агрессивное поведение больного часто повторяется, необходимо обратиться за помощью к специалисту.

Повторяющиеся действия

Люди, страдающие деменцией, могут снова и снова говорить и спрашивать об одном и том же. Больной может неотступно следовать за вами, даже когда вы идете в туалет. Такое поведение очень расстраивает и раздражает тех, кто находится рядом.

Как себя вести

- Если объяснения не помогают, то можно отвлечь внимание пациента, например, с помощью прогулки, пищи или любимого занятия.
- Важно показать, что вы поняли чувства больного.
- Не напоминайте больному, что он уже задавал тот или иной вопрос.
- Если больной все время совершает некие стереотипные движения можно дать ему что-нибудь, чем он может занять свои руки, например, мягкий мяч, который можно сжимать, или одежду, которую можно складывать.

ТЕМА 12. ОБУЧЕНИЕ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД, ЭЛЕМЕНТАМ АДАПТИВНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И МОТОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ, ВОЗМОЖНОСТЯМ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНЫХ (НЕМОБИЛЬНЫХ) ГРАЖДАН

Снижение физических нагрузок неблагоприятно отражается на здоровье человека: развивается слабость скелетных мышц, вплоть до развития их дистрофии, вследствие дряблости мышц расширяются вены; происходит перестройка костей, появляется деформация позвоночника, снижается костная масса, развивается остеопороз; ослабляется деятельность сердца, снижается сосудистый тонус, уменьшается минутный и ударный объем крови и венозный возврат крови к сердцу, что провоцирует учащение сердечных сокращений и одышку; появляется избыточный вес; снижается



вентиляция легких, ухудшается снабжение крови и тканей кислородом, развивается гипоксия; падает работоспособность; снижается устойчивость к инфекциям; ускоряется процесс старения организма.

Отсутствие физических нагрузок дополнительно вызывает: отложение солей в суставах, в желчном пузыре и почках, ухудшение связочного аппарата, слабость мускулатуры и уменьшение их подвижности; опущение внутренних органов, нарушение функции желудочно-кишечного тракта – задержка пищи в желудке, усиление процессов гниения, ухудшение функционирования кишечника.

Чем меньше двигательная активность человека, тем быстрее наступают в его организме изменения. Необходимо так планировать день маломобильного человека, чтобы физические упражнения были его неотъемлемой частью. Подопечному составляют индивидуальный комплекс упражнений.

Адаптивная физическая культура — это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями.

Адаптивная физическая культура (АФК) – это вид физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья (инвалида) и общества.

Основополагающие гуманистические концепции АФК:

- Человеческая жизнь – главная ценность, независимо от уровня здоровья.
- Человек олицетворяет неделимое единство природного и духовного.
- Каждый человек – неповторимая личность, сформированная генетическими факторами и социокультурной средой.
- Человек – свободная личность, сущностью которой являются одухотворенность, сострадание, милосердие.
- Независимая личность способна творчески развиваться, познавать, реализовывать себя во всевозможных направлениях.

Рекомендуемые виды физической активности для пожилых и других маломобильных категорий граждан, обслуживающих себя самостоятельно:

- ходьба – не менее 150 минут в неделю;
- упражнения на равновесие – три или более дней в неделю;
- силовые упражнения – два или более дней в неделю.

Подопечному не рекомендуются упражнения чисто силовые и на быстроту, вызывающие задержку дыхания, что приводит к снижению снабжения кислородом сердечной мышцы. Постепенно можно наращивать интенсивность физических упражнений, чтобы участилось дыхание и увеличилось число сердечных сокращений. При этом подопечный должен немного вспотеть.

Если подопечный не может выполнять рекомендуемый объем физической активности, ему подбирают комплекс упражнений,



соответствующих возможностям и состоянию здоровья. Небольшая физическая активность лучше, чем ее полное отсутствие. При наличии ограничений движения в суставах вследствие остеоартроза или остеопороза показана ходьба с использованием вспомогательных средств (трости, ходунки).

Частота занятий – три раза в неделю, считается оптимальной (но не менее двух раз в неделю), продолжительность занятия – 20–60 минут, минимум – 10 минут.

Даже в том случае, если подопечный не может ходить, проводить лежа посильные упражнения – дыхательную гимнастику, движения верхними и нижними конечностями.

Продолжительность одного занятия физическими упражнениями должна быть не менее 10 минут и равномерно распределена в течение недели. Нужно превратить физические упражнения из неприятной обязанности в полезную привычку.

Физическая нагрузка для маломобильных и немобильных граждан

План занятий с элементами адаптивной физкультуры составляется инструктором по адаптивной физической культуре в соответствии с принципами.

Специальные методические принципы:

- Диагностирование – всесторонняя оценка имеющегося дефекта;
- Индивидуальность подхода – учет особенностей течения болезни у конкретного лица;
- Коррекционно-развивающая ориентация – предполагает стремление к умственному и физическому развитию маломобильного гражданина;
- Компенсаторная направленность – максимально возможное возмещение утраченной человеком способности;
- Возрастная специфика – особенности подходов АФК в зависимости от возрастной группы;
- Адекватность, оптимизация, изменчивость воздействия – соответствие выбранных методик состоянию подопечного, их коррекция при изменяющихся условиях.

При составлении плана надо учитывать: возраст; сопутствующие заболевания; состояние маломобильного (немобильного) человека: АД, пульс, мышечный тонус, общее самочувствие; противопоказания.

Нагрузка должна быть минимальной, упражнения должны выполняться в облегченных исходных положениях: сидя, лежа. Для контроля за состоянием подопечного рекомендуется завести журнал, в котором отмечают следующие показатели: сон; настроение; утомляемость; ощущение бодрости; работоспособность; головные боли; одышка; боли и неприятные ощущения в области сердца или других местах; аппетит; пульс; артериальное давление; деятельность желудочно-кишечного тракта.



Комплекс упражнений для лежачих больных может предполагать несколько направлений:

- пассивная гимнастика, требующая помощи сиделки или родных;
- изометрические упражнения, предполагающие напряжение мышц с сопротивлением;
- массаж и самомассаж;
- активные методики для частично обездвиженных пациентов.

Для достижения максимальной эффективности и безопасности подопечного следует соблюдать технику выполнения, неправильные движения могут навредить.

Пассивная гимнастика

Ключевой особенностью пассивной гимнастики является то, что все упражнения выполняются другим человеком, при этом скелетная мускулатура лежачего подопечного остаётся незадействованной. Несмотря на то, что в процессе выполнения гимнастики отсутствует мышечная активность, такие упражнения способны оказать неоценимую пользу для организма человека.

К основным преимуществам пассивных гимнастических упражнений, относят:

- Стимуляция дыхательной системы, улучшение процесса наполнения легочной ткани воздухом, а также профилактика застойного типа пневмонии.
- Укрепление сердечно-сосудистой системы, усиление сердечного выброса, а также нормализация кровообращения во всём организме.
- Активация центральной и вегетативной нервной системы по принципу раздражения периферических нервных структур.
- Эффективная профилактика развития пролежней.
- Стимуляция моторно-эвакуаторной функции толстого кишечника, профилактика хронических запоров.

Принципы пассивных упражнений

Для того чтобы избежать обратной реакции организма лежачего человека на упражнения, все манипуляции должны проводиться максимально деликатно.

Организовать правильные гимнастические сеансы, помогут такие нехитрые рекомендации:

- Если у человека сохранена речь, и он способен выражать свои эмоции, то необходимо внимательно следить за его состоянием и реакцией на упражнения. Важно избегать как физического, так и психологического дискомфорта, а также боли.

- Любые упражнения из комплекса пассивной гимнастики, рекомендовано проводить по направлению снизу вверх, начиная воздействие с кончиков пальцев ног.



- Если у человека отсутствуют какие-либо противопоказания к использованию косметических и лекарственных средств, то во время гимнастики разрешено использовать согревающие мази, кремы и гели.

- При выполнении комплекса упражнений, необходимо избегать грубого воздействия и резких движений.

- С момента приема пищи и до момента начала гимнастики, должно пройти не менее 60 минут.

Несмотря на клинически подтвержденный эффект, пассивный вариант гимнастики имеет противопоказания. Именно поэтому, перед началом каких-либо манипуляций, рекомендовано получить консультацию лечащего врача.

Тренировка отдельных частей тела

Предлагаемый комплекс пассивных гимнастических упражнений составлен таким образом, чтобы каждая часть тела человека была проработана и одинаково тренирована. При необходимости иммобилизовать повреждённую или травмированную часть тела, из гимнастического комплекса можно убрать отдельные упражнения.

Тренировка рук

Гимнастика, направленная на укрепление верхних конечностей, включает такие упражнения:

- Прежде всего, необходимо тщательно размять каждый палец кисти по направлению от основания вверх, после чего выполнить сгибание и разгибание пальцев.

- Кисть человека складывается в замок, после чего выполняются вращательное движение по направлению часовой стрелки и против неё.

- Следующее упражнение заключается в сгибании и разгибании верхних конечностей в локтевом суставе с последующими вращательными движениями малой интенсивности. При выполнении данного упражнения, рекомендовано фиксировать одной рукой кисть человека, а второй рукой его локоть.

- На завершающем этапе гимнастики, руку человека аккуратно поднимают вверх, отводя при этом в сторону под незначительным углом, фиксируя кисть и локтевой сустав.

Тренировка шеи и головы

Первое упражнение заключается в обхватывании головы человека двумя руками, с последующими ее поворотами влево и вправо, а также с наклоном поочередно к левому и правому плечу. Следующее упражнение заключается в прижатии подбородка к грудной клетке и отведении головы назад. Для того чтобы усилить эффективность упражнения, рекомендовано аккуратно растереть и помассировать трапецевидные мышцы, пройти кончиками пальцев по лицевой части и закрытым векам.

Тренировка мышц груди и живота

Пассивные гимнастические упражнения в области грудной клетки и передней брюшной стенки, включают приёмы пощипывания, обхватывания,



плоскостного растирания, продольного и поперечного разминания, а также кругового растирания кончиками пальцев и ладоней. Каждый из приемов необходимо выполнять поочередно, начиная и завершая гимнастику лёгким поглаживанием. Такое мануальное воздействие благоприятно отражается на процессе пищеварения, усиливает кровообращение, улучшает работу дыхательной системы, а также препятствует формированию запоров.

Тренировка ног

Пассивные упражнения для тренировки нижних конечностей, выполняются по аналогии с руками. На данном этапе, выполняется поочередная проработка пальцев стоп, ступней, коленных и тазобедренных суставов. Отдельное внимание можно уделить бедренной части, икроножным мышцам и стопам.

Ещё одно упражнение заключается в сгибании нижних конечностей человека в коленном суставе, без отрыва стоп от постели. При сгибании, должен формироваться угол 90 градусов (рисунок 26). Кроме того, для тренировки ног можно выполнять упражнения “велосипед” и “ножницы”.



Рис. 26 – Пассивная гимнастика

Эти простые манипуляции способны внести неоценимый вклад в здоровье лежачего подопечного, заметно улучшив его состояние.

Изометрические упражнения



Рис.27 – Изометрические упражнения



Выполняются с неподвижными суставами, путем сокращения той или иной мышцы и преодоления дополнительного сопротивления. Примером таких упражнений могут служить:

- сжатие и удержание кистью эспандера;
- растягивание резиновой ленты и удержание ее в растянутом положении;
- сведение рук в «замок» и попытки их разъединения (рисунок 27);
- сведение ладоней и давление одной руки на другую и т.д.

Техника массажа для маломобильных и немобильных граждан с целью поддержания тонуса мышц

Основные приемы массажа

Техника выполнения приема «поглаживание»

Этот прием выполняется всей ладонной поверхностью руки, если мышца крупная (на спине, груди, руке, ноге), и пальцами руки, если мышца мелкая (на фалангах, пальцах ног). При выполнении этого приема кисть ухаживающего должна быть максимально расслаблена и легко скользить по коже, не сдвигая ее в глубокие складки. Поглаживание может быть поверхностным (ладонь слегка касается кожи) и глубоким.

Этим приемом начинается и заканчивается массаж, им перемежают остальные приемы. Несмотря на простоту его выполнения, он оказывает огромное положительное влияние на весь организм, обладая болеутоляющим и успокаивающим действием. Темп поглаживаний медленный и ритмичный. Траектория движения рук может быть различной: прямоугольной, зигзагообразной, спиралевидной.

Этот прием выполняется одной или двумя руками. Если выполнять глубокое поглаживание, оно будет оказывать на мышцу и организм тонизирующее воздействие. Поглаживая определенные участки тела, мы оказываем также лечебное действие на тот орган, с которым связан данный участок.

Техника выполнения приема «растирание».

Этот прием заключается в смещении, растяжении кожи и подлежащих тканей. Рука ухаживающего не скользит, а смещает кожу, образуя складки.

Энергичное выполнение этого приема способствует разогреванию всех тканей. Кожа при этом слегка краснеет, становится более эластичной и смещаемой. Растирание способствует усилению притока крови к тканям и улучшению их питания.

Как следствие, увеличивается подвижность тканей, размягчаются рубцы и спайки, патологические отложения. Траектория движения рук может быть различной, но при отеках – по ходу лимфотока к ближайшим лимфатическим узлам. Выполнять этот прием следует основанием ладони или подушечками пальцев, задействуя одну или две руки. Можно также сжать руку в кулак и растирать кожу тыльной стороной пальцев или гребнями кулака, совершая движения, напоминающие строгание,



штрихование и пиление. Направления движений могут быть прямолинейными (поступательными, зигзагообразными), круговыми и спиралевидными.

Растирание подушечками четырех пальцев. Прием выполняется подушечками четырех сомкнутых, слегка согнутых пальцев при опоре на большой палец и основание кисти. Пальцы можно слегка расставить, совершая движения по спирали, по кругу или поступательно – вперед-назад.

Растирание подушечкой большого пальца. Этот прием выполняется подушечкой большого пальца при опоре на четыре максимально отведенные в сторону остальные пальцы. Движение большого пальца может быть прямолинейным, спиралевидным, круговым.

Растирание основанием и краем ладони. При выполнении этого приема кисть слегка разогнута, четыре пальца чуть согнуты и приподняты над кожей. Движения кисти поступательные: вперед-назад, спиралевидные или круговые.

Растирания можно выполнять также локтевым краем кисти – круговыми и спиралевидными движениями.

Пиление выполняется локтевыми краями кистей, расположенных параллельно друг к другу на расстоянии двух сантиметров идвигающихся в противоположных направлениях. Мягкие ткани должны протираться между ладонями.

Техника выполнения приема «разминание»

Этот прием способствует пассивной гимнастике сосудов и мышц. При выполнении разминания массируемую мышцу захватывают, приподнимают и оттягивают, сдавливают и как бы отжимают. И если предыдущие приемы оказывали влияние на кожу (поглаживание), подкожно-жировой слой и поверхностный слой мышц (растирание), то разминание влияет на состояние глубоких слоев мышц. При разминании тонус мышц повышается, они становятся сильными и упругими, значительно улучшается кровоснабжение не только массируемого участка, но и близлежащих. Этот прием усиливает также сократительную способность мышц.

Разминание проводят в различных направлениях одной или двумя руками:

- на небольших поверхностях – ладонной поверхностью ногтевых фаланг (т. е. как бы кончиками пальцев);
- на крупных мышцах – всеми пальцами.

Одинарное разминание выполняется одной рукой. Плотнo обхватив массируемую мышцу ладонью (с одной стороны мышцы располагается большой палец, а с другой – все остальные), ее приподнимают, сдавливая между пальцами и совершая поступательные движения вперед или в сторону мизинца. При отрыве и сдавливании мышцы не должно быть просвета между ладонной поверхностью кисти и кожей мышцы. Первое движение напоминает отжатие губки. При втором – мышца как бы отрывается от



костного ложа, сдавливается, вращается в сторону мизинца и таким образом продвигается по спирали вперед. Движение выполняется вдоль мышцы, поэтому его называют еще и продольным.

Разминание двумя руками («двойное кольцевое» или поперечное) выполняют следующим образом. Массирующий плотно обхватывает массируемую мышцу двумя руками так, чтобы они находились в одной плоскости под углом 45° к поверхности тела подопечного. Все пальцы охватывают массируемую поверхность, но одна рука оттягивает, отжимает ткани от себя, а другая тянет их к себе. Затем направление движения рук меняется на противоположное. Массажные движения должны быть мягкими, без рывков и немного напоминать замешивание теста. Этот прием выполняется медленно, плавно, не должно быть перекручивания мышц и боли. Разминание всегда чередуется с поглаживанием и выполняется по ходу лимфотока.

Щипцеобразное разминание выполняется с одной стороны большим, а с другой – остальными пальцами (они принимают форму щипцов); мышца захватывается, оттягивается кверху, а затем разминается между пальцами. На мелких мышцах (пальцах рук, ног) работают 2-3 пальца. Техника выполнения такая же, как при продольном и поперечном разминании.

Валяние применяется на конечностях, преимущественно для снижения мышечного тонуса при гипертонусах. Параллельно установленными ладонями плотно охватывают конечность и производят движение в противоположных направлениях.

Надавливание используется для повышения мышечного тонуса при гипотониях. Массирующий плотно прижимает ладонь к коже и постепенно увеличивает давление с задержкой до 3-5 секунд в конечной точке. Затем также постепенно уменьшает силу давления. Надавливания можно проводить и более энергично. Прием выполняют подушечками пальцев, тылом кисти или кулаком, установленным плашмя.

Сдвигание выполняется большими пальцами с одной стороны и всеми остальными – с другой. Подлежащие ткани приподнимаются, захватываются в складку с образованием мышечного валика, который затем прокатывается в любом направлении.

Пощипывание выполняется большим и указательным пальцами (или большим и всеми остальными) одной или обеих рук. Мышечная ткань при этом захватывается и оттягивается кверху. Движение выполняется энергично и способствует повышению мышечного тонуса при гипотониях.

Техника выполнения приема «вибрация»

Вибрация – это передача массируемому участку тела колебательных движений, производимых равномерно, но с различными скоростью и амплитудой. Выполняется ладонной поверхностью, ногтевыми фалангами одного пальца, большого и указательного или указательного, среднего и безымянного, большого и остальных пальцев. Колебательные движения,



выполняемые с большой амплитудой и частотой колебаний до 120 движений в минуту, будут повышать мышечный тонус, а с частотой более 120 и с небольшой амплитудой – снижать мышечный тонус. Иначе говоря, слабая вибрация повышает тонус мышц, а сильная – снижает.

Вибрация оказывает сильное и разнообразное воздействие на глубоко расположенные ткани. Движения рук массажиста должны быть нежными, мягкими, безболезненными.

Лабильная вибрация выполняется кистью. Ею совершают колебательные движения, двигаясь в любом направлении по массируемой области. Если вибрация продолжается не менее 10 секунд, она называется непрерывистой. Если время воздействия менее 10 секунд, а руки периодически отнимают от тела, то это будет прерывистая вибрация.

Непрерывистая вибрация включает приемы сотрясения, потряхивания и встряхивания (для снижения мышечного тонуса), прерывистая – рубление, похлопывание, стегание, пунктирование (для повышения мышечного тонуса). Направление движений при колебаниях, в основном, справа-налево и только на животе, при массаже определенных органов – сверху-вниз (подталкивание).

Стабильная вибрация выполняется на месте подушечкой одного или нескольких чуть согнутых пальцев (точечная вибрация).

Сотрясение. Ухаживающий захватывает пальцами мышцу за брюшко (середину), чуть-чуть оттягивает ее и кистью сотрясает с требуемой частотой. Прием используется при массаже конечностей.

Техника выполнения приема «Потряхивание». Этот прием также выполняется на конечностях и на крупных мышцах (например, на широчайшей мышце спины). Мышцу захватывают между первым и пятым пальцами, три остальных пальца расположены над кожей. Кисть выполняет колебательные движения из стороны в сторону от одного конца мышцы к другому (от нижнего отдела к верхнему).

Техника выполнения приема «Встряхивание». Ухаживающий берет двумя руками кисть или стопу подошечного и выполняет колебательные движения всей руки или ноги сверху-вниз или справа-налево.

Техника выполнения приема «Рубление». Выполняется локтевыми краями кистей, установленных параллельно, на расстоянии 2-3 см друг от друга под углом 20-30°. Кисти расслаблены. Четыре пальца чуть растопырены и согнуты. Движения кистей происходят в противоположных направлениях со скоростью 80-120 ударов в минуту. Рубление производят по ходу мышечных волокон.

Техника выполнения приема «Похлопывание». При правильном выполнении приема должен быть слышен глухой звук. Похлопывание осуществляют ладонной поверхностью кисти (большой палец прижат) при слегка согнутых пальцах. Кисть принимает форму коробочки. Прием



выполняют одной или двумя руками попеременно в противоположных направлениях.

Техника выполнения приема «Поколачивание». Выполняется кулаком плашмя, а на небольших участках (на кисти, на тыльной поверхности стопы) – подушечками пальцев.

Техника выполнения приема «Пунктирование» (для лиц пожилого возраста). Выполняется подушечками полусогнутых пальцев,двигающихся поочередно, подобно движениям печатающей машинистки.

Техника выполнения приема «Стегание». Выполняется ладонной поверхностью кистей,двигающихся по касательной вверх и вниз.

Массаж для профилактики пролежней

Особым видом является противолежневая терапия.

Образуются по различным причинам, например, от долгого нахождения в одной позе и из-за жесткой кровати. Как только замечены симптомы их образования: покраснение, онемение, или посинение, следует незамедлительно начать процесс восстановления.

Применяя массаж от пролежней у лежащих подопечных, можно добиться отличных результатов, вылечить, или вовсе исключить вероятность образования некротических тканей.

Процедура выполняется только на чистой коже и чистыми руками. Желательно дополнительно обработать кожу антисептиком, чтобы исключить вероятность заражения.

Каждый день, не менее 5 минут, следует сделать массаж лежащему подопечному в радиусе более 5 см от повреждения. Дополнительно проводить процедуру после смены положения лежащего подопечного. Допустимо использование гипоаллергенных масел, они усилят эффект. Результатом сеанса должен быть покрасневший кожный покров.

Активный комплекс физических упражнений

Активная гимнастика выполняется лежащими подопечными самостоятельно, без посторонней помощи. Выполняется без резких движений. Нагрузка и количество повторений увеличиваются постепенно, по мере укрепления мышц и суставов.

Упражнения для шеи.

Укрепление мышц шеи имеет особенное значение на силу предотвращения нарушений мозгового кровоснабжения. Упражнения можно выполнять на подушке или на специальном жестком валике. Начинают движения с легких покачиваний головы от одного плеча к другому. Постепенно амплитуду покачиваний увеличивают. Далее подбородок медленно и плавно прижимают к груди, после чего голову отводят назад. Количество выполнений медленно наращивают от 10-20 до 100-200 в день.

Упражнения для плечевых суставов.

Руки расслаблены и расположены вдоль тела на постели. Пациент плавно выполняет развороты рук наружу и вовнутрь с максимально



возможной амплитудой. Работают при этом в первую очередь плечевые суставы.

Упражнения для кисти рук.

Подопечный выполняет сгибательные и разгибательные движения всех пальцев рук вместе и по отдельности. Также полезно выполнять вращательные движения кисти. При наличии эспандера подопечному рекомендуется выполнять изометрические упражнения.

Упражнения для локтевых суставов.

Плечи на постели, руки расположены вдоль тела. Руки медленно сгибаются в локтях и плавно разгибаются, возвращаясь в исходное положение.

Упражнение для активизации кровообращения и тонуса мышц верхних конечностей.

Руки вытянуты вдоль тела и приподняты над постелью на высоту 15-30 см. Расслабляя мышцы, подопечный «роняет» руки на постель, таким образом, чтобы был слышен шлепок. Количество повторений наращивают от 10 до 100 в день.

Упражнения для ног.

Для тренировки стоп выполняют сжатие и разжимание пальцев ног и вращения стоп. Для тренировки коленных суставов ноги вытягивают после чего сгибают в коленях лежа на спине. Укрепление тазобедренных суставов производят путем подъема ног на максимальную амплитуду из положения на животе или на боку. Если это упражнение затруднительно для подопечного, в положении лежа на спине под ноги подкладывают жёсткий валик и разводят колени наружу и сводят внутрь. Упражнение можно усложнять, надев на колени широкую резинку.

Упражнения для профилактики запоров.

Лежа на спине подопечный максимально «надувает» живот, делая глубокий вдох. После этого на выдохе живот максимально втягивается.

Для людей, вынужденных проводить большую часть времени в лежачем положении, физическая активность становится острой необходимостью и возможностью скорейшего восстановления.

ТЕМА 13. ОРГАНИЗОВАННАЯ ЗАНЯТОСТЬ МАЛОМОБИЛЬНЫХ (НЕМОБИЛЬНЫХ) ГРАЖДАН С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.

Отдых необходим и нашему телу, и психике. У каждого человека есть свои предпочтения – для одних отдых связан с чтением книг или просмотром любимых сериалов, у других – покорением горных вершин или прыжками с парашютом. Отдыхая, мы можем восстановить силы, оставаться здоровыми, продуктивными, счастливыми, сохранять хорошее расположение духа. Отдых помогает «перезагрузиться», восстановить резервы организма и



оставаться устойчивым к стрессовым ситуациям и даже некоторым заболеваниям. Но для того, чтобы отдых был эффективным, нужно уметь правильно отдыхать.

Иногда понятия «досуг» и «свободное время» используются как синонимы. Но эти понятия надо разграничивать.

Свободное время – часть внерабочего времени, которая освобождена от непреложных временных затрат, т.е. семейных, общественных и бытовых забот, а также от необходимой физиологической деятельности (сна, питания и пр.).

Величина свободного времени неоднородна у различных социальных групп. Так, женщины имеют на треть свободного времени меньше, чем мужчины. Наибольшим объемом свободного времени располагают пенсионеры и домохозяйки. Свободное время можно использовать на что угодно, например, заниматься домашними делами. Некоторые предпочитают и вовсе ничего не делать. Но можно ли отождествлять свободное время с досугом? Нет, так как свободное время есть у всех, а досугом обладает не каждый.

Досуг – это часть свободного времени, которая посвящена занятиям, выполняющим функцию восстановления физических и психических сил человека; деятельности ради собственного удовольствия, развлечения, самосовершенствования или достижения иных целей по собственному выбору, а не по причине материальной необходимости. Досуг – это не просто свободное время, а время, заполненное разнообразными занятиями: играми, философским умозерцанием, общением и т.п.

Отдых предполагает осуществление человеком одной из фундаментальных своих потребностей в релаксации, расслаблении, в переключении внимания с одного предмета на другой. Потребность в отдыхе обусловлена биологической природой человеческого организма, его физиологией, а также разного рода психологическими и социальными нагрузками.

Особое значение тема отдыха приобретает для людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Так, если дети с нормативным развитием легко переносят игру в новые ситуации, а обычные взрослые люди самостоятельно организуют свой досуг с учетом различных факторов и обстоятельств, то маломобильные граждане с тяжелыми и множественными нарушениями развития нуждаются в помощи и выборе досуговой деятельности, ее организации и осуществлении.

Молодые люди с тяжелыми нарушениями развития часто затрудняются выбрать для себя вид отдыха, так как не знают, что значит «отдыхать». Среди вариантов отдыха называют такие, как «выколачивание ковра», «мытьё полов» и т.д. То, что они зачастую не разделяют понятия «труд» и «отдых», связано с тем, что долгое время в их жизненном опыте не было разведения деятельности на «работу» и «досуг». В лучшем случае под «досугом»



понимается лишь просмотр телевизора; прослушивание музыки, сидя на диване.

В арсенале людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития содержится малое количество вариантов проведения досуга. По различным причинам молодые люди знакомы в основном с домашними видами развлечений или привлекались в школе к внеклассной работе без возможности выбора и учета их интересов. В основном они выбирают пассивные виды отдыха, даже если они имеют опыт участия в более сложных вариантах проведения свободного времени, они не умеют или не имеют возможности самостоятельно его организовать.

Таким образом, к основным проблемам в области досуговой деятельности людей с тяжелыми множественными нарушениями можно отнести:

- небольшой опыт в проведении свободного времени;
- отсутствие интересов или увлечений;
- предпочтение пассивных видов отдыха
- неумение организовать желаемый вид досуговой деятельности.

Основные требования организации досуга.

- Доступность, которая рассматривается в нескольких аспектах:
 - физическая доступность – доступность места поведения досуга (наличие пандуса, лифта и т.д.), инвентаря для досуговой деятельности (книг, красок, игр и т.д. Инвентарь должен находиться в свободном доступе);
 - содержательная доступность – понятное содержание досуговых мероприятий, изложенное в доступной для понимания форме;
 - ценовая доступность – не в последнюю очередь стоит учитывать стоимость того или иного вида отдыха, ориентируя в том числе самих граждан с инвалидностью на необходимость учета и экономного расходования личных средств. Это не означает, что необходимо исключить дорогостоящие виды досуга, но важно наставлять, особенно молодых людей, более тщательно подходить к организации такого досуга, например, планировать его не чаще, чем один раз в полгода.

- Учет индивидуальных психологических особенностей. Например, человеку с повышенной чувствительностью к звукам будет не комфортно в кинотеатре или на концерте.

- Предсказуемость. Люди с инвалидностью должны быть проинформированы и подготовлены к тому, что увидят, в чем будут принимать участие. Это дает чувство защищенности и предотвращает лишнюю тревожность и возможные негативные реакции (по возможности, стоит проиграть ситуацию будущего досуга). Особенно это важно для людей с особенностями аутистического спектра.

- Соответствие возрасту. Данный принцип не исключает возможность иногда и «ребячества», но в целом можно перестраивать, переориентировать детские интересы на взрослые виды занятости. Например, нравилось



возиться с песком, водой – возможно, человеку придется по душе мини-клумба на балконе. Или человек любит раскрашивать – предложить закрашивать графические мандалы. Любовь к мультипликационным фильмам можно переориентировать на передачи о природе, жизни животных или путешествиях.

- **Сохранение здоровья.** В связи с малоподвижным образом жизни, желательно вводить в образ жизни людей с инвалидностью больше видов досуга, связанных с двигательной активностью (по возможности проводить досуг на свежем воздухе). Учить их чередовать в своем выборе развлекательные виды отдыха с полезными и познавательными элементами.

- **Занимательность.** Людям с особенностями развития при проведении отдыха необходима привлекательность и яркая эмоциональная окрашенность, красочное оформление, использование разнообразной атрибутики при организации различных видов досуговой деятельности. Создание дополнительных смысловых нагрузок при проведении видов досуга с познавательной нагрузкой (экскурсии по историческим местам, посещение выставок, виртуальный туризм и т.д.).

Для реализации данного требования важна личность и роль сопровождающего, который, по сути, является для граждан с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии проводником в мир восприятия действительности. Человек, организующий досуг, должен эмоционально заражать всех участников досуга, ставить смысловые и эмоциональные акценты. Таким образом будет успешно решена главная цель: обеспечение доступности услуг по организации досуга и реализации творческого потенциала маломобильных граждан пожилого возраста и инвалидов на дому.

Условия успешной организации досуга:

- Подготовительная работа (обсуждение, подготовка реквизита, подбор фото- и видеоматериалов);
- Четкая организация (план, сценарий досугового мероприятия);
- Привлечение специалистов (аниматор, художник, тренер и т.д.);
- Наличие подготовленных сопровождающих.

Некоторые виды досуга требуют наличие определенных навыков у участников, которые необходимо постоянно развивать. К перечню проблем стоит и отнести и неблагоприятную атмосферу социального окружения.

Разновидности досуговой деятельности.

Возможные варианты проведения досуга:

1. По степени активности: пассивный отдых (релаксация, уменьшение напряжения, расслабление. Для релаксации специально выделяют места отдыха: комнаты, зоны отдыха и т.п.); активный отдых, который в отличие от пассивного, не исключает нагрузок на организм, их перераспределение между различными системами органов, основанное на смене видов деятельности.



2. По содержанию: культурно-творческий (художественное, техническое творчество, литературная деятельность, самообразование, общественная деятельность); культурно-потребительский (чтение книг, газет, журналов, просмотр телепередач, посещение театров, кинотеатров, музеев и т.д.); рекреативный (туризм, спорт, отдых в компаниях, посещение кафе и т.п.).

3. По месту проведения: домашний (рукоделие, просмотр телевизора, печатных изданий, разговоры по телефону, переписка, тематические вечера (просмотр фотографий, кулинарное шоу и др.), настольные игры, творческие занятия, прием гостей, караоке и т.д.); внедомашний (поход в гости, посещение общественных досуговых мест, прогулки, выезд за город и т.п.).

Формы досуговых мероприятий: игровые, конкурсno-развлекательные, фольклорные, рекреационно-оздоровительные, информационно-дискуссионные, праздничные программы, профилактико-коррекционные программы (способствуют регуляции психического состояния людей).

Реабилитационные виды досуга.

- Арттерапия – занятия художественным творчеством. Данная методика применяется для комплексной реабилитации (рисунок 28) и помогает:

- частично или полностью устранить психические расстройства;
- устранить нарушенные функции мелкой моторики рук.



Рис. 28 – Арттерапия

- Песочная терапия – создание песочных сюжетов способствует творческому регрессу, работа в песочнице возвращает в детство и способствует активизации «архетипа ребенка» (рисунок 29).

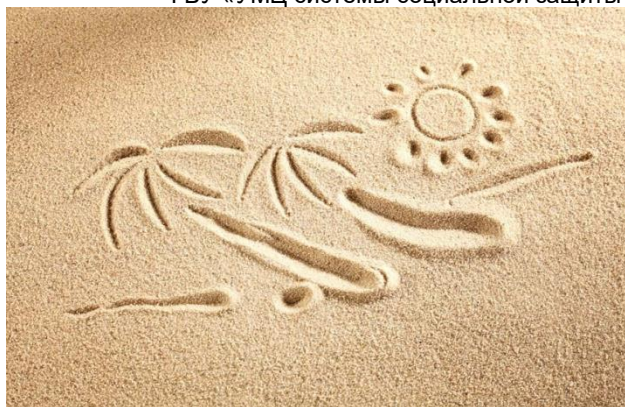


Рис. 29 – Песочная терапия

- Цветотерапия – лечение цветом, это особая методика, основанная на влиянии фотонов света различной длины волны на мозг. Короткие и длинные волны воздействуют на разные участки головного мозга. Благодаря такой простой методике, воздействию определенного цвета на человека, можно добиться значительных результатов в коррекции психических состояний и лечения расстройств (рисунок 30).



Рис. 30 – Лечение цветом (цветотерапия)

- Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, решения сложных ситуаций, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром (рисунок 31). Сказкотерапия подходит и для детей, и для взрослых.



Рис. 31 – Сказкотерапия

- Глинотерапия используется как технология, помогающая в лечении заболеваний суставов, поскольку при работе с пластичными материалами пальцы постоянно работают (рисунок 32). Глина отличается адсорбирующими и антисептическими свойствами. В ходе занятий лепкой у пожилых людей развиваются интеллектуальные способности и повышается мастерство.



Рис. 32 – Занятия глинотерапией



ГБУ «УМЦ системы социальной защиты Оренбургской области»

- **Музыкотерапия.** Данная методика базируется на прослушивании музыкальных произведений. Это позволяет снять психологическое напряжение, отрицательные эмоции и переизбыток чувств (рисунок 33).



Рис. 33 – Музыкотерапия в действии

- **Игротерапия** – восстановительная технология, основанная на участии людей в играх. Игротерапия соединяет такие факторы, как: адаптация; релаксация; воспитание; развитие; рекреация и т.д.

- **Библиотерапия** – терапия при помощи чтения художественной литературы и обсуждения прочитанного (рисунок 34). На людей с ограниченными возможностями библиотерапия оказывает корректирующее воздействие.



Рис. 34 – Библиотерапия

- **Гарденотерапия** – терапия при помощи растениеводства (выращивание и уход за растениями) (рисунок 35). Такое воздействие корректирует эмоциональные расстройства и нестабильное поведение, формируется чувство полезности. Растениеводство способствует



формированию психологического спокойствия, служит дополнительным мотивационным фактором к труду, повышает уровень ответственности и др.



Рис. 35 – Гарденотерапия (садовая терапия)

Социокультурная реабилитация (СКР)

- СКР инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата (танцы на колясках, театротерапия, музыкотерапия, библиотерапия, экскурсии, художественное творчество, игротерапия и др.);
- СКР инвалидов с нарушением слуха (специальная вокалотерапия и танцы, театротерапия, просмотр телепередач с сурдопереводом, экскурсии, экотуризм, библиотерапия, художественное творчество, игротерапия. (Условием успешной реабилитации данной группы инвалидов является знание русского жестового языка);
- СКР инвалидов с нарушением зрения (музыкотерапия, вокалотерапия, аромотерапия (в том числе прогулки на природе в местах, насыщенных ароматами растений, воды), библиотерапия (чтение по Брайлю, громкое чтение, декламация, сочинение рассказов и пр., поэтическое творчество);
- СКР инвалидов с психическими нарушениями и интеллектуальной недостаточностью (коллективная импровизация, драматерапия);
- СКР пожилых (в случае отсутствия выраженной патологии ограничений в занятиях для них нет, поэтому методики подбираются лишь с учетом индивидуальных способностей и интересов подопечного.

ТЕМА 14. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В СЕМЬЕ (ОКРУЖЕНИИ)

Психологические проблемы, возникающие во время проживания с маломобильным (немобильным) гражданином в семье, пути их преодоления.

Болезнь – тяжелое испытание, как для самого человека, так и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего



лечения жизнь подопечного и его близких меняется: то, что было доступным и естественным становится трудным, невозможным. Паллиативная (подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни человека и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни) помощь должна быть направлена на семью в целом. Она ориентирована на жизнь независимо от количества времени, которое осталось у человека. Только с таким пониманием можно оказывать действительно эффективную помощь и заботу, а также поддерживать человека и его семью в трудные минуты жизни.

Забота о маломобильном (немобильном) гражданине, оказание помощи в облегчении его физических страданий, поддержка в духовном поиске и психологических переживаниях, содействие в решении социально-юридических вопросов и многие другие аспекты – это лишь малая часть, отражающая суть паллиативной помощи. Человек, столкнувшийся один на один с неизлечимым заболеванием, последствиями травмы, осложнениями после перенесенного заболевания, просто пожилой возраст – нуждается в помощи и поддержке не только со стороны близких людей, друзей, но и общества в целом. В совокупности это отражение важности и ценности каждой человеческой жизни, вне зависимости от ее продолжительности, а также возможной пользы для общества.

Когда родственники сталкиваются с серьезной болезнью близкого человека, как правило, их охватывает отчаяние. Они теряются и остро чувствуют свою беспомощность. И нередко начинают укорять себя. Кажется, они готовы совершить подвиг сострадания, но упираются в границы своих возможностей. Стараясь заглушить мучительное чувство, кто-то, предпочитает отдалиться и бессознательно выбирает стратегию бегства («не может» дозвониться, «не успевает» в приемные часы приехать в больницу). Другие же «бросаются на амбразуру», отдают все свои телесные и душевные силы и нередко жертвуют собственной семейной жизнью, лишая себя права на счастье.

Другим источником чувства вины становится расхожее представление о том, что близкие должны быть идеальными сыном или дочерью, мужем или женой, должны идеально ухаживать, заботиться о своем родственнике. Особенно остро это ощущают те, кого много порицали в детстве, кому все время показывали, что они не соответствуют норме. Это парадокс: чем более ответственен человек, чем лучше он заботится о заболевшем, тем острее он чувствует свое несовершенство и несостоятельность.

Близкие часто задают себе вопросы, задумываясь о том, какими были отношения до инвалидизации. Но еще важнее то, что чужая проблема напоминает о собственных страхах.

Как правило, поддерживая заболевшего родственника, близкие хотят при этом уберечь себя от страданий. Возникает неизбежная путаница противоречивых чувств: между любовью и отчаянием, стремлением



защитить и раздражением по отношению к близкому человеку, который и сам иногда ранит, подпитывая своими страданиями чувство вины у остальных близких. Родственники рискуют заблудиться в этом лабиринте, потеряв из виду свои ориентиры, свою веру, свои убеждения.

По словам психолога Марины Хазановой, постоянное «перемалывание» в голове одних и тех же мыслей заполняет сознание, и порождают хаос, который мешает мыслить разумно. При этом теряется контакт с самим собой, с собственными эмоциями. Это проявляется буквально на физическом уровне: могут возникнуть бессонница, боли в груди, проблемы с кожей. Виноваты в этом воображаемая вина и преувеличенная ответственность, которую обычно родственники взваливают на себя.

Причин для такого смятения чувств множество: уход за больным близким не оставляет ни времени, ни пространства для себя, он требует внимания, душевного отклика, теплоты, он истощает ресурсы остальных. А иногда и разрушает семью. Все ее члены могут оказаться в состоянии созависимости, когда долгое восстановление их родственника становится единственным смыслом семейной системы.

Поэтому психологическая помощь родственникам маломобильных (немобильных) граждан в домашних условиях преследует следующие цели:

- повышение качества жизни лица, нуждающегося в посторонней помощи и членов их семей;
- улучшение эмоционального состояния;
- оказание поддержки, помощи в преодолении тревоги, страхов;
- Обучение близких способам помощи при стрессах и нахождению ресурсов для борьбы за свое здоровье;
- укрепление мотивации к восстановлению здоровья и прохождению реабилитации;
- обеспечение условий для полноценной психологической реабилитации и общего улучшения самочувствия;
- преодоление сложности в семейных взаимоотношениях, в общении с медицинским персоналом, рабочим коллективом, друзьями.

Общение – неотъемлемая часть жизни. Обездвиженные люди лишены не только возможности свободного перемещения, но и свободы общения. Они не могут ходить на работу, встречаться с друзьями, ходить в кино, кафе и т.д. Поэтому общение с близкими является для них крайне необходимым, а иногда и жизненно важным. Люди, лишённые возможности двигаться, часто впадают в депрессии, у них возникают резкие перепады настроения, сменяющиеся длительными периодами апатии. Бывает, что пропадает желание жить, и разговоры о смерти или о самоубийстве становятся все чаще. В этом случае очень важна реакция близких людей.

И здесь обычно семья сталкивается с трудностями, которые можно разделить на объективные и субъективные.



К объективным относятся:

- увеличение материальных расходов семьи;
- ухудшение психического состояния членов семьи;
- ухудшение физического состояния членов семьи;
- изменения в худшую сторону распорядка семьи;
- в зависимости от заболевания может измениться и социальный статус семьи;
- присутствие/частое посещение дома медперсоналом.

К субъективным относятся переживания и эмоциональные реакции:

- постоянное чувство тревоги;
- чувство беспомощности, вины, ответственности;
- чувство страха за собственное здоровье, здоровье близких;
- депрессия;
- разочарование;
- ярость, сменяющаяся бессилием, и бессилие, сменяющееся яростью.

Такие реакции семьи естественны, и здесь важно сохранить между членами семьи сплоченность, взаимопонимание и выдержку, ведь эффективность ухода за маломобильным (немобильным) гражданином определяется не только умением, но и морально-этическим отношением. Следует помнить, что больной человек переживает тяжелую физическую и психическую травму, которая приводит не только к ухудшению физического состояния и самочувствия, но и к серьезным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Поэтому необходимо помогать маломобильному (немобильному) гражданину преодолеть тягостные ощущения, отвлечь его от чрезмерного внимания к своему заболеванию. Гиппократ говорил: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но, главное, оставь его в неведении того, что ему угрожает».

Позитивный настрой и желание бороться, несмотря на все трудности в процессе лечения, являются основой восстановления маломобильного (немобильного) гражданина.

Очень часто человек, утверждающий, что восстановление бессмысленно, больше всего хочет, чтобы его переубедили, вернули ему эту утраченную надежду. В нем, как ни в ком другом, есть это желание и стремление верить, надеяться и бороться, к которому нужно обратиться, активизировать его.

Перечислим наиболее часто встречающиеся психологические состояния маломобильных (немобильных) граждан в семейном окружении:

1. «Я – обуза».

Часто болеющий человек переживает о том, что стал обузой для других. В этом его надо разубедить. Он не стал обузой. Он дал людям счастье возможностью проявить свою любовь, свою человечность. Болеющих надо убедить, что, пока они были здоровы, крепки, они заботились о других, помогали им, не обязательно в болезни, просто в жизни;



теперь они могут от этих людей получить ту любовь, которую сами посеяли, дать возможность показать свою любовь и свою благодарность. Когда болеющие отказываются от помощи других, то лишают остальных величайшего счастья – любить их.

2. «Я еще не умер».

Ощущение беспомощности, невозможности помочь близкому, заставляет родственников психологически отстраняться от маломобильного (немобильного) гражданина, который и так чувствует, что к нему относятся по-особому все остальные, включая социальных и медицинских работников. Это вызывает болезненное ощущение погребенности заживо.

3. «Просто будь со мной».

«Служение» близкому «присутствием» имеет мощный психологический эффект даже когда нечего ему сказать. Родственники могут просто тихо и не обязательно близко находиться в комнате. Это успокаивает и умиротворяет, когда видишь невдалеке знакомое лицо.

4. «Позволь мне выразить мои ощущения, даже иррациональные мысли».

Особенно важно выражать свои эмоции, сжигающие изнутри, стимулирующие бесцельно нейроэндокринную систему, что ведет к состоянию «двигателя, работающего вхолостую». Когда человек загоняет внутрь свои эмоции, они начинают губить его изнутри и расходуют понапрасну так нужные ему жизненные силы.

5. «Мне плохо, когда ты меня не касаешься».

Родственники могут испытывать иррациональные страхи, думая, что физическая немощность заразна и передается контактным путем. Психологи установили, что человеческое прикосновение – это мощный фактор, изменяющий практически все физиологические константы, начиная от пульса и кровяного давления, до ощущения самоуважения и изменения внутреннего ощущения формы тела.

6. «Спроси меня, что я хочу прямо сейчас».

Очень часто родственники, живущие отдельно, говорят маломобильному (немобильному) гражданину: «Позвони мне, если тебе что-то потребуется». Как правило, при такой постановке фразы человек за помощью не обращается совсем или обращается, но крайне редко. Лучше сказать: «Я буду свободен сегодня вечером и зайду к тебе. Давай решим, что мы можем сделать вместе с тобой и чем еще я могу тебе помочь». Помочь могут самые необычные вещи.

7. «Не забывай, что у меня есть чувство юмора».

Учеными доказано, что юмор оказывает положительное влияние на физиологические и психологические параметры человека, усиливая кровообращение и дыхание, снижая артериальное давление и мышечное напряжение, вызывая секрецию гипоталамических гормонов и лизоцимов. Юмор открывает каналы коммуникации, снижает тревожность и напряжение,



усиливает процессы обучения, стимулирует творческие процессы, усиливает уверенность в себе. Установлено, что для того, чтобы оставаться здоровым, человек нуждается не менее чем в 15 юмористических эпизодах в течение дня.

Как же правильно вести себя окружающим в таких ситуациях?

Ориентирами для психологической поддержки по вышеперечисленным пунктам служат следующие рекомендации:

- задавайте «открытые» вопросы, которые стимулируют самораскрытие ближнего;
- используйте молчание и «язык тела» как общение: смотрите прямо в глаза, время от времени нежно; уверенно касайтесь его самого или его руки;
- особенно прислушивайтесь и стимулируйте раскрытие таких мотивов, как страх, одиночество, гнев, самообвинение, беспомощность;
- настаивайте на четком выяснении этих мотивов и сами старайтесь добиться их понимания;
- предпринимайте практические действия в ответ на услышанное.

С какими психологическими проблемами сталкиваются родственники, ухаживающие за своими больными близкими?

1. Чувство вины.

Если кого-то из родных постигает несчастье, нелегко найти нужные слова и верную меру заботы. Их охватывает мучительное чувство вины.

Близкие чувствуют себя виноватыми: и за прошлые конфликты, и за то, что здоровы, что не могут всегда быть рядом, что их по-прежнему что-то увлекает в жизни... К тому же трудно понять, как теперь себя вести. Как ни в чем не бывало, чтобы не усугублять переживания близкого человека? Но тогда возникает риск, что сочтут эгоистами. Или стоит изменить характер своих отношений с ним, потому что он теперь ограничен в своих возможностях? Чувство вины способно отравить жизнь, именно оно не дает по-настоящему быть рядом с близким. Наступает момент, когда пора искренне ответить на вопрос: что важнее – отношения со страдающим близким или собственные переживания?

Гнетущее чувство вины может вызвать отчуждение между родственниками. Но ведь во многих случаях маломобильный (немобильный) человек не ожидает ничего необычного – просто хочет сохранить ту связь, которая существовала всегда. В этом случае речь идет об эмпатии, о готовности прислушаться к его ожиданиям и умению сопереживать.

Очень часто члены семьи чересчур заняты вниманием, которое оказывается ближнему. Как правило, инвалидность «бьет» по всей семье. Необходимо понять, что родственники так же тяжело страдают.

2. «Спроси нас, как дела».

Очень часто социальный или медицинский работник, посещая маломобильного (немобильного) гражданина на дому, интересуется только состоянием самого подопечного. Это сильно травмирует его родственников,



которые порой не спят ночами, прислушиваясь к дыханию близкого, выполняют неприятные, но крайне необходимые процедуры и постоянно находятся в состоянии стресса. Им тоже нужно внимание и помощь.

3. «Мы тоже боимся».

Состояние тревожности и страха может возникать ко всему прочему из-за недостатка информации. Возможно, тогда может помочь разговор с врачом, экспертом, либо звонок на горячую линию, где опытные психологи помогут разобраться в сложившейся ситуации, дадут рекомендации по взаимодействию и общению с близким, окажут психологическую поддержку.

4. «Позвольте нам иметь свои слезы».

Бытует мнение, что родственники должны сохранять внешнее самообладание, чтобы психологически поддержать ближнего. Подопечный понимает неестественность этого состояния, и это блокирует свободное выражение его собственных эмоций. В этом смысле важно избежать поверхностного оптимизма, неискренности которого близкий человек всегда ощущает. Важно быть естественным, позволить себе свободно говорить с близким о его болях, страхах, переживаниях и получать поддержку. Эта поддержка должна ощущаться как спокойная, безусловная, сама собой разумеющаяся, основанная на полной вере в его восстановление. Необходимо стать самым проводником этой веры и желанием бороться. Очень важно верить в силы человека, ведь вера родственников придаст веру близкому.

5. «Простите нас за то, что мы ведем себя как ненормальные».

Родственники могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, под этим лежит чувство вины и ощущение, что они сделали в жизни что-то неправильно. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или психолога.

Для создания благоприятной атмосферы межличностных родственных отношений в семье инвалида необходимо:

– Определение границы. Чтобы освободиться от чувства вины, прежде всего его нужно признать и выразить словами. Но одного этого все же недостаточно. Нужно понимать, что один человек не можем быть в ответе за несчастье другого. Чтобы перестать винить себя, надо отказаться от ощущения своего всемогущества и точно очертить границы своей ответственности. Сделать этот шаг очень непросто, но все же с ним лучше не медлить.

Важно не пытаться решить раз и навсегда, что для маломобильного (немобильного) человека хорошо, что плохо, и уметь устанавливать собственные границы. Находясь рядом с опекаемым, сложно понять, где заканчиваются его границы и начинаются собственные. И главное – где заканчиваются границы собственной ответственности. Начертить их – значит сказать себе: есть его жизнь, а есть моя. Но это не означает, что близкий



будет отвергнут, это лишь поможет разобраться, где находится точка пересечения жизней. Лучший способ помочь себе – переключиться на решение мелких ежедневных задач. Необходимо составлять пошаговый план действий в восстановлении, советуясь с врачами и другими специалистами, задавать вопросы, искать свой алгоритм помощи, рассчитывать свои силы, не впадая в жертвенность. Когда жизнь становится более упорядоченной и появляется четкий распорядок дня, становится легче.

– Принять «вознаграждение».

Чтобы установить правильные отношения с человеком, которому близкие приносят добро, о ком заботятся, надо, чтобы это добро стало благодеянием и для них самих. А это предполагает, что и для помогающего должно существовать некое «вознаграждение». Именно это помогает сохранить отношения. Иначе помощь превращается в жертвоприношение. А жертвенный настрой всегда порождает агрессивность и нетерпимость.

Когда родственники решаются сопровождать близкого человека на этом трудном пути, важно понимать, что они берут на себя долговременные обязательства. Это огромный труд, который длится месяцы и даже годы. Чтобы не поддаться усталости, эмоциональному выгоранию, помогая, нужно ясно понять, что ценного для себя мы получаем от общения с близким.

Три главных базовых 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 подопечного, близкого, нуждающегося в помощи. 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»), эмпатия («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 подопечный. 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 подопечного 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 подопечный может и не сказать, но которые лежат в контексте его слов. Отражающий слушатель становится своего рода зеркалом и может показать подопечному, то, что он сам в себе не замечает. Для этого необходимо слушать не только слова, но и тон, модуляции, экспрессию и манеру говорить. Когда слушающий 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 подопечным. В этом случае слушающий 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 слушающий 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 слушающего. 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 случае 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.

Этика общения с людьми, нуждающимися в посторонней помощи

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 человеком в связи с его 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.

При общении с людьми с задержкой в развитии и проблемами общения:

Общение с людьми, имеющими умственные отклонения.

– Умственные расстройства (например, деменция), влияющие на коммуникацию, могут меняться изо дня в день и даже ежечасно. Физические болезни, стрессы, утомление, изменение окружающей обстановки – все это может отражаться на восприятии подопечным информации. В одной ситуации он понимают все, а в другой – частично или совсем ничего не понимает.

– Влияние умственных отклонений распространяется не на все сферы жизнедеятельности человека. В подобном случае подопечному необходимо постоянно напоминать, что происходит и объяснять причины действий ухаживающего. Например, «Я раздеваю вас, чтобы вы могли принять душ».

– Эффективному общению с подопечным, имеющим нарушения памяти, способствует наличие у сотрудников значков с именами и снабжение вещей ярлыками, содержащими их названия.

– Иногда эффективно использование других способов напоминаний, таких как фотографии, запахи, демонстрация знакомых вещей. Метод работы с воспоминаниями весьма полезен для стимулирования общения.

Сотрудникам, предоставляющим уход маломобильному (немобильному) гражданину, важно помнить, что люди с умственными отклонениями (в том числе с нарушениями памяти) нуждаются в



коммуникации особого рода и, главное – в подготовке к какому-либо виду деятельности.

- Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.
- Говоря о задачах, 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.
- 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:

Правила этикета при общении с людьми, передвигающимися на инвалидной коляске:

- Обращайте внимание на человека, а не на его инвалидность.
- Всегда спрашивайте человека, передвигающегося на инвалидной коляске, нужна ли ему помощь, перед тем как Вы начнете помогать. Возможно, человек в ней не нуждается.
- Не опирайтесь на инвалидную коляску, она – часть личного пространства человека.
- При разговоре обращайтесь непосредственно к человеку, передвигающемуся на инвалидной коляске, а не к его родственникам или знакомым.
- Если Ваш разговор длится больше, чем несколько минут, найдите для себя место, где бы Вы могли сесть так, чтобы Ваши глаза были на одном уровне с глазами собеседника.



- Относитесь к человеку на инвалидной коляске с уважением, не гладьте его по голове и не хлопайте по плечу.

- Если человек пересел с инвалидной коляске на стул, не передвигайте инвалидное кресло вне зоны досягаемости для его владельца. Если в этом есть необходимость, спросите разрешения у человека.

- Приемлемо употреблять слова «ходить», «гулять» при разговоре с человеком, передвигающимся на инвалидной коляске. Вы будете чувствовать себя неудобно, если все время будете избегать этих слов и пытаться найти им замену. Кроме того, этим Вы можете дать понять человеку, что все время помните о его ограничениях.

- Не думайте о человеке на инвалидной коляске, как о «больном». Человек использует инвалидную коляску для адаптации к окружающему пространству или компенсации ограничений в передвижении.

- Не обращайтесь к инвалидной коляске. Относитесь к ней так же, как Вы относитесь к очкам: это средство, которое позволяет человеку делать то, что он хочет.

- Если Вы плохо знаете человека на инвалидной коляске, не спрашивайте его, почему он на инвалидной коляске. Тем более не задавайте такие вопросы при большом количестве людей.

- Многие колясочники с удовольствием разговаривают с детьми и рассказывают об инвалидных колясках. Не запрещайте детям задавать вопросы колясочникам. Чем больше информации они получают в детстве об инвалидности, тем более терпимыми они будут в будущем.

- Не думайте, что использование инвалидной коляски – это трагедия. Помните, что в случае, если она правильно подобрана, – это средство свободы, которое позволяет владельцу передвигаться независимо и вести полноценный образ жизни.

Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.

Люди с плохим зрением:

- Убедитесь в том, что человек слышал, как Вы к нему подошли, представьтесь. Если нарушения зрения подопечного сопровождаются нарушениями слуха – он может почувствовать вас по запаху или прикосновению.

- Помните, что неожиданное прикосновение к человеку сзади может его напугать. Прикасайтесь к подопечному спокойно, мягко, с чувством уважения.

- Во время контакта старайтесь не загораживать свет.

- Предупреждайте человека, если его окружение изменилось.

- Предоставляйте человеку как можно больше информации и объяснений, чтобы он мог знать, чего ожидать.

- Чаще убеждайтесь, что люди с нарушениями зрения не изолированы от общения и деятельности.



- 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:*
- Не думайте, что плохо слышащий человек слышит то, что хочет услышать. Человек с нарушением слуха в зависимости от обстоятельств может слышать лучше или хуже.
- В общении широко используйте приемы невербального общения, а именно – показывайте человеку, что вы от него хотите. Используйте жесты, знаки и символы, картинки или фотографии.
- Убедитесь в том, что человек, с которыми Вы разговариваете, видит вас, никогда не загораживайте рот, это препятствует чтению по губам.
- Необходимо говорить громче, чем обычно. Но помните, что важно не переходить при передаче информации на крик, так как это затрудняет восприятие звуков речи (если же человек пользуется слуховым аппаратом, то это может причинить ему боль).
- Говорите медленно, разборчиво и естественно, при этом Ваша невербальная коммуникация должна быть адекватна сказанному Вами.
- Когда Вам необходимо что-то повторить – делайте это спокойно, без раздражения.
- Полезным бывает попросить собеседника повторить сказанное Вами – это может значительно отличаться от того, что Вы имели в виду.
- Убеждайтесь, в правильности использования подопечным слухового аппарата.
- При контакте избегайте воздействия посторонних шумов, например, звучания радио или телевизора.
- Научите подопечного пользоваться функцией телетекста и субтитров во время просмотра телевизора.
- 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.

Составляющие процесса коммуникации:

- Планирование.
- Начало взаимодействия.
- Слушание и повествование.
- Окончание взаимодействия.

Планирование. Для облегчения процесса коммуникации необходимо:

- определить конечную цель взаимодействия (например, успешное завершение процедуры купания);
- принять во внимание специфические особенности подопечного (в каком состоянии находится человек в данный момент: он огорчен, устал, болен или чем-то взволнован; знания подопечного относительно Вашей помощи при осуществлении данной процедуры);
- продумать содержание сообщения и определить наиболее эффективную для достижения взаимопонимания форму передачи подопечному данной информации.

Начало взаимодействия.

- Объясните подопечному цель взаимодействия.
- Сообщите о том, как долго будет продолжаться взаимодействие или процедура.
- Постоянно информируйте подопечного о происходящем.
- На протяжении взаимодействия убеждайтесь в том, что подопечный понимает вас правильно.

Слушание и повествование.

Величайшее умение человека – умение слушать, проявляя интерес и задавая поддерживающие вопросы. Умение слушать – это умение осуществлять обратную связь с собеседником, с целью помочь ему раскрыться в полной мере, быть активным и правильно понятым.

В таблице 3 представлены основные требования, относящиеся к навыкам слушания и вербальной технике.

Таблица 3. – Основные требования к навыкам слушания и вербальной технике

Следует делать	Не следует делать
Излагать факты понятно и прямо	Ходить вокруг да около, проявлять равнодушие к трудностям или личным проблемам собеседника
Учитывать реакцию собеседника, как вербальную, так и невербальную	Быть бесчувственным или слишком жестким



Использовать разные способы объяснения, если вы чувствуете, что это необходимо	Играть роль покровителя
Спрашивать, понял ли вас собеседник	Думать, что собеседник ничего не понимает
Делать паузы. Не спешите – людям необходимо время на обдумывание и осознание информации.	Бояться молчания
Помнить, что информация всегда должна быть основана на фактах.	Преподносить свое мнение или предположение как факт.
Проверять информацию, полученную от окружающих.	Давать поспешные советы и втягивать людей в разговор, если они этого не хотят
Проявлять заинтересованность в беседе	Становиться рассеянным.

Активное слушание – способ ведения беседы в личных или деловых отношениях, когда слушающий активно демонстрирует, что он слышит и понимает, в первую очередь, чувства говорящего.

10 правил на два уха:

1. Помогите говорящему раскрепоститься. Эмоционально поддерживайте его: «Да, да, я вас слушаю», «Понимаю» и т.п. поддержка не означает согласие, а лишь готовность понять другого.

2. Слушайте, старайтесь понять, а не искать изъяны и поводы для возражений. Не делайте оценок услышанного. Поищите то, что объединит с говорящим.

3. Сопереживайте собеседнику. Попробуйте встать на его позицию и оттуда посмотреть на проблему. Именно так лучше понять мотивы и эмоции говорящего, что позволит глубже и точнее выявить смысл его речи.

4. Будьте терпеливы. Не смотрите на часы, не прерывайте говорящего, не смотрите на экран телевизора и т.д. старайтесь не перебивать. Надо быть прилежным слушателем, выслушивать собеседника до конца. Терпеливое слушание помогает разоружить агрессивных собеседников. Однако терпение слушателя не означает пассивности. Терпение – это прием активного наступательного воздействия. Если устали, извинитесь. Лучше всего сослаться на самочувствие или подыскать какой-либо предлог для перерыва.

5. Постарайтесь не терять тему разговора. Не отвлекайтесь на специфические качества говорящего. Отделите человека от интересующей его проблемы.

6. Задавайте вопросы и уточняйте. Убедитесь, что вы поняли все: «Правильно ли я вас поняла?». Ничего нельзя сказать так, чтобы другой не мог исказить смысл услышанного. Не выставляйте из себя умника.



7. Слушая, улыбайтесь, если возможно, склонитесь к говорящему, кивайте головой, смотрите в глаза, поддакивайте. Не доминируйте во время беседы. Доминировать можно по-разному: словом, позой, тоном. Тот, кто доминирует, мало слышит, т.е. мало понимает из того, что ему говорят. А тот, над кем доминируют, теряется и переходит в психологическую защиту.

8. Постарайтесь эмоционально настроиться ближе к состоянию говорящего. Если вы говорите: «Мне кажется, что это вас очень волнует», другой человек ощущает ваше внимание и заботу. Одно ухо у нас для того, чтобы воспринимать смысл речи, другое – чувства говорящего.

9. Сдерживайте свое раздражение или гнев, вызываемые услышанными словами. Не спешите возражать. Дайте собеседнику выговориться. Остановив человека, не успевшего выговориться, мы рожаем у него чувство досады. Оно то и не позволяет ему согласиться с возражениями. Другое дело – возражать после того, как собеседник выскажется. Разрядившись, человек готов выслушать аргументацию. Во-вторых, если слушать внимательно, возможно, и возражать не придется: под влиянием терпеливого слушателя гаснет пыл оппонента.

10. Сами не говорите почти ничего. Трудно слушать, разговаривая. Но не будьте молчуном. Молчание – это не слушание, хотя многие так и думают. Пауза в разговоре – прием слушания. Однако, если пауза превышает 5-6 секунд, она воспринимается как молчание. Молчание гасит активность говорящего.

Природа дала человеку два открытых всегда уха и только один язык, спрятанный во рту.

Умение задавать вопросы.

Все люди в тот или иной момент задают друг другу вопросы. В работе с подопечными, при сборе информации для лучшего понимания той или иной ситуации и в целях развития доверительных отношений с подопечными задавать вопросы просто необходимо. Неумелая постановка вопросов может негативно отразиться на коммуникации. Вот почему для эффективной работы в качестве ухаживающего персонала сотрудникам необходимо научиться делать это правильно.

Типы вопросов. Существует два основных типа вопросов: Открытый (какой ваш любимый напиток?). Закрытый (Ваш любимый напиток – чай?).

Открытые вопросы демонстрируют заинтересованность спрашивающего человека, т.к. задавая вопрос такого типа, он как бы говорит: «скажи мне больше, мне интересно».

Открытые вопросы побуждают людей думать над своим ответом, и ответы часто сообщают спрашивающему целый ряд информации, давая стимул к дальнейшему развитию разговора.

Однако использование открытых вопросов будет неуместным при общении с замкнутыми, неразговорчивыми людьми, т.к. их необходимо



стимулировать к общению (более эффективным здесь будет использование закрытых, наводящих вопросов).

Открытые вопросы содержат следующие вопросительные слова: Почему? Где? Когда? Как? Что? Какой? Кто?

Закрытые вопросы предполагают ограниченные варианты ответов (обычно «да» или «нет»). Закрытые вопросы не способствуют получению дальнейшей информации в силу того, что ответ ограничен. Однако они могут быть полезны для получения специфической основной информации, когда говорящий постоянно уходит от темы разговора. Они также могут использоваться для завершения беседы.

Направляющие вопросы. Разновидностью закрытых вопросов являются направляющие вопросы. Этот тип вопросов сигнализирует человеку, которого спрашивают о чем-либо, об ожидаемом от него ответе, что можно установить по словам, используемым в вопросе или по тону голоса, которым он был задан.

В целом направляющих вопросов следует избегать, хотя: «Иногда полезно использовать направляющие вопросы. Если человеку не хватает смелости, направляющий вопрос может дать ему ключ к ожидаемому ответу, и тем самым побудить ответить на вопрос. Это может способствовать началу полезной коммуникации. Намекая на ожидаемый ответ, спрашивающий может дать собеседнику стимул к ответу».

Окончание взаимодействия. Основные положения:

1. Подведите итоги вашего взаимодействия.
2. Убедитесь, что ваш собеседник все понял, выяснив, не осталось ли у него вопросов.
3. Сообщите о своих будущих планах, например, о дате следующего посещения или о времени следующей процедуры.
4. Сообщите, где можно получить дополнительную информацию/пояснения/ помощь по тому или иному вопросу.
5. Объясните, что будет с документацией, подготовленной после встречи/взаимодействия.

Как справиться со стрессом, возникающим при уходе за маломобильным (немобильным) гражданином.

Тяжелая болезнь сказывается не только на самом человеке, но и на всей семье. Самое нелегкое бремя несут те, кто непосредственно ухаживает за подопечным. Постоянно подвергаясь воздействию стресса, эти люди должны знать, как можно себе помочь.

Семья. Для одних людей, ухаживающих за маломобильным (немобильным) гражданином, семья является самым лучшим помощником, для других – она приносит лишь огорчения. Ухаживающему рекомендуется не отвергать помощь других членов семьи, если они располагают достаточным временем, и не пытаться взвалить на себя всю тяжесть ухода за маломобильным близким. Рекомендуется обратиться за помощью в



специальные службы, не держать свои проблемы при себе. Необходимо оставлять время для себя, видаться с другими людьми, заниматься любимым делом и, что важнее всего, получать от жизни удовольствие. Так как состояние ухаживающего чрезвычайно важно как для самого ухаживающего, так и для маломобильного близкого.

Правила общения с маломобильными (немобильными) гражданами

- Ни в коем случае не говорите маломобильному близкому такие фразы как: «Не говори глупости!», «Не выдумывай!», «Прекрати нести чушь» и т.п. Постарайтесь его понять, почувствовать то, что у него на душе. Чаще всего это не способ манипуляции или попытка «давить на жалость», а реальные переживания человека. Скажите, что понимаете его, но также понимаете, что от проблем не нужно убегать, их нужно решать. Постарайтесь загрузить подопечного посильными для него задачами, чтобы он меньше копался в себе и своих мыслях, мог почувствовать свою значимость для семьи.

- Поменьше раздражайтесь из-за капризов подопечного, старайтесь по возможности выполнять его маленькие пожелания. Поймите, это для него очень важно. К примеру, если близкий просит приготовить ему какое-то блюдо, постарайтесь это сделать, ведь он сам этого не может. Выполнение некоторых из его прихотей доставить ему пусть и не большую, но радость. При этом не позволяйте ему манипулировать собой.

- Старайтесь больше общаться с ним, но не на тему болезней, а на темы, которые всегда представляли для него интерес. Это может быть кино, политика, новости вашего города, известия от друзей и близких ... Главное, чтобы это было интересно близкому. Обсуждайте с ним ваши удачи и неудачи на работе, спрашивайте совета, даже если вам это и не нужно. Это важно для него. Таким образом, он будет ощущать свою «включенность» в жизнь.

- Обязательно отмечайте позитивные сдвиги в его состоянии. Почаще выражайте свою уверенность в его выздоровлении. Ни в коем случае не плачьте при нем. Маломобильный (немобильный) близкий всегда должен видеть вас в приподнятом состоянии духа.

- Приглашайте в дом людей, которых ему приятно видеть, но которые не станут смущать его. Пусть они пообщаются, но при этом старайтесь направлять беседу в нужное русло. Пусть говорят о его успехах в выздоровлении, вселяют в него веру и уверенность в завтрашнем дне. Заканчиваться разговор обязательно должен на позитивной ноте.

ТЕМА 15. ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ОБЩЕНИИ С МАЛОМОБИЛЬНЫМИ (НЕМОБИЛЬНЫМИ) ГРАЖДДАНАМИ.

Язык и коммуникация являются основой социального взаимодействия. Большинству людей освоение процесса общения даётся без каких-либо



трудностей, но существует немалая часть, которая не способна использовать речь для полноценного общения. Одни из них совсем не могут говорить, речь других недостаточно хорошо развита, чтобы выполнять все коммуникативные функции. В этом случае есть необходимость обратиться к другим, альтернативным способам коммуникации, дополняющим и заменяющим речь, то есть к альтернативной и дополнительной коммуникации – АДК.

В резолюции III Международной научно-практической конференции «Альтернативная и дополнительная коммуникация: пространство диалога» (9–12 ноября 2017 г., г. Санкт-Петербург) подчеркивается, что альтернативная и дополнительная коммуникация – необходимое условие развития навыков общения, улучшения социальной адаптации и повышения качества жизни людей с нарушениями развития навыков общения. Кроме того, в резолюции подчеркивается, что альтернативную и дополнительную коммуникацию необходимо рассматривать «как часть эффективной образовательной и социальной политики государства в отношении инвалидов и людей с серьезными проблемами коммуникации».

Альтернативная коммуникация.

Все неголосовые системы общения называются альтернативным, но альтернативная форма коммуникации может использоваться либо как полная альтернатива речи, либо как дополнение к ней. Она актуальна в случае отсутствия устной речи и предполагает овладение совершенно иной коммуникативной системой, где особое значение приобретают невербальные коммуникативные средства (предметы, фотографии, пиктограммы, жесты).

Альтернативная коммуникация означает, что человек общается лицом к лицу с собеседником без использования речи. Ведь если человек не владеет речью, он может вести себя агрессивно, не имея иной возможности поведать о своих эмоциях. Использование альтернативных способов коммуникации помогает ему общаться с другими.

Дополнительная коммуникация востребована лицами с недостаточно сформированной устной речью, которые нуждаются в соответствующей дополнительной поддержке, сопровождении собственной речи. Она представлена системой методов, с одной стороны, призванных помочь детям с временным запаздыванием речевого развития пережить долгий период отсутствия речи, способствуя овладению ею. С другой стороны, дополнительная коммуникация облегчает понимание вербальных сообщений лиц с тяжелыми речевыми нарушениями и обеспечивает им более эффективное взаимодействие с окружающими в дополнение к их устной речи.

Дополнительная коммуникация означает коммуникацию, дополняющую речь. Так как видов альтернативной коммуникации существует много, в каждом отдельном случае их подбирают индивидуально.



Поддерживающая коммуникация используется лицами, у которых в силу врожденных или приобретенных расстройств вообще отсутствует либо существенно ограничена устная речь. К ним относятся дети, подростки и взрослые с сохранным пониманием речи, но располагающие недостаточным арсеналом вербальных средств коммуникации и лишенные возможности оптимально выражать собственные потребности.

Поддерживающая коммуникация также обеспечивает жизнедеятельность лиц с распадом речевой функции по причине перенесенных черепно-мозговой травмы, инсульта.

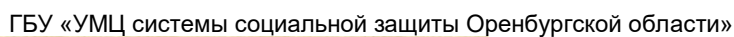
Примеры альтернативной коммуникации — жесты, графические знаки, предметные символы, письмо.

Система жестов используется не только для глухих, но и для неговорящих или плохо говорящих людей (рисунок 36). Так в Оксфорде разработан язык жестов для детей с синдромом Дауна, который называется «Смотри и говори». Эту систему используют при обучении умственно отсталых детей.



Рис. 36 – Жестовый язык

Графические символы включают в себя символы-изображения, такие как Блисс-символы (рисунок 37), символы в виде картинок (рисунок 38), пиктограммы (рисунок 39) и т.д.



Предметные символы обычно делают из пластика. Их используют для слепых и людей с нарушением зрения (рисунок 40).



Предметы-символы



Рис. 40 – Предметные символы

Коммуникация с помощью вспомогательных средств включает все формы коммуникации, когда человек использует приспособление, помогающее ему выразить что-то. Для таких устройств выбирают любые удобные символы. Коммуникативные доски и книжки, электронные устройства, указывание на графический образ, символ или картинку помогают донести информацию до окружающих.

Графические символы в основном применяют в коммуникативных вспомогательных устройствах — от простых коммуникативных досок до компьютерных технологий. Разработано множество графических систем: одни основаны на простых рисунках или фотографиях, другие представляют собой системы символов, например, система Блисс-символов (Blissymbols), с помощью которых можно сообщить любую информацию, возможности ограничены только набором символов.

Многие пользуются и жестами, и символами, что позволяет с легкостью общаться в любой ситуации.

Требования к символам системы альтернативной и дополнительной коммуникации.

- Жесты должны быть моторно-доступными, мотивированными, простыми (понятными людям из разных стран и разных возрастов, поскольку они почти всегда изображают объекты, действия, признаки так, что каждому легко догадаться об их значении).

- На фотографиях и картинках должны быть изображены лица и объекты, с которыми ребенок знаком. Необходимо, чтобы они были яркими и предполагали возможность манипулирования (приклеивать — отклеивать, опускать в ящик — доставать из ящика).

- Мини-объекты (например, игрушка) должны быть простыми, не слишком привлекательными, чтобы ребенок мог использовать их лишь как средство коммуникации.



- Слова должны быть написаны крупным шрифтом.

Правила обучения.

Обучая людей, не владеющих навыками говорения, нужно соблюдать ряд важных правил. Только действуя грамотно, можно достичь хорошего результата. Так, обучение проводят лишь в те моменты, когда у человека есть к тому интерес. Также нужно разбивать уроки на отдельные этапы. С появлением первых признаков потери заинтересованности в процессе обучение прекращают. Поэтому имеет смысл совершать действие, затем ждать реакции. Похвалить, показать следующую деталь. Нужно оставлять человеку время для реакции. Замечая усердность, поощрять. На это скупиться не стоит. Важно запастись терпением исходя из того, что подопечный может и никогда не научиться говорить. Если все было проведено верно, человек в дальнейшем будет способен общаться в домашней обстановке, в учебном заведении, действовать в самых разнообразных ситуациях. Он начнет социализацию, познание окружающего мира.

Таким образом, альтернативная коммуникация играет важнейшую роль в жизни человека, однако для обучения ее методам необходимо знать ряд тонкостей. И тогда почти любой человек обретет способности к общению.



Нормативно-правовое обеспечение программы

1. Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr Официальный сайт ООН.
2. Декларация о правах инвалидов. Принята резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи ООН от 09 декабря 1975 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml Официальный сайт ООН.
3. Всемирная программа действий в отношении инвалидов. Принята резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи ООН от 03 декабря 1982 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prog3.shtml Официальный сайт ООН.
4. Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon Официальный сайт ООН.
5. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1993 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled Официальный сайт ООН.
6. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability Официальный сайт ООН.
7. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 г. URL: <http://docs.cntd.ru/document/9004937> Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ».
8. Семейный кодекс Российской Федерации (СК РФ): Федеральный закон от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (с изменениями на 2 июля 2021 г.). URL: <http://docs.cntd.ru/document/9015517> Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ».
9. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (с изменениями на 11 июня 2021 г.) (редакция, действующая с 26 сентября 2021 года). URL: <http://docs.cntd.ru/document/9014513> Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ».
10. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ (с изменениями на 11 июня 2021 г.). URL: <http://docs.cntd.ru/document/901713538> Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ».



11. О государственной социальной помощи: Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ (с изменениями на 11 июня 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/901738835>
12. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изменениями на 2 июля 2021 г.) (редакция, действующая с 13 июля 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/902312609>
13. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ (с изменениями на 11 июня 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/499067367>
14. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (с изменениями на 2 июля 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/901729631>
15. О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности: Указ Президента Российской Федерации от 02 октября 1992 г. № 1156 (с изм. и доп.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/901729463>
16. О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов: Указ Президента Российской Федерации от 1 июля 1996 г. № 1011 (с изменениями на 27 апреля 2000 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/9025848?marker=7D20K3>
17. Об Основных направлениях государственной семейной политики: Указ Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 (с изм. и доп.) (ред. от 05.10.2002). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/500019>
18. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики: Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. № 597. URL: Справочная правовая система Гарант. <http://base.garant.ru/70170950/>
19. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан»: Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 296 (с изменениями на 11 августа 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/499091783>



20. О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в пилотных регионах в 2019 году. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 128. URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/553913503>
21. Об утверждении рекомендаций по повышению эффективности мероприятий региональных программ, направленных на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 апреля 2019 года № 242. URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs2.cntd.ru/document/563565322>
22. Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 февраля 2018 г. № 86н (ред. от 5 марта 2021 года). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/542618756>
23. О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 сентября 2020 года № 667. URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/566134965>
24. Национальный стандарт РФ Гост Р 53058-2013 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги гражданам пожилого возраста» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17 октября 2013 г. № 1187-ст). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/1200107240>
25. Паспорт федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения»(утв. Минтрудом России)(по состоянию на 25 мая 2021 г.) URL: Официальный интернет-ресурс Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.



<https://rosmintrud.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1173-src-1548352941.1384.doc>

26. Паспорт регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (Оренбургская область)». URL: Официальный интернет-ресурс Министерства социального развития Оренбургской области. <https://www.msr.orb.ru/posts/44121>
27. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs2.cntd.ru/document/420334631>
28. Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 апреля 2015 года № 216н. URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/420280755>
29. Об утверждении Методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях: Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 декабря 2017 г. № 847. URL: Официальный интернет-ресурс Министерства труда и социальной защиты РФ. <https://mintrudsoc.ryazangov.ru/activities/result>
30. Об охране здоровья граждан на территории Оренбургской области: Закон Оренбургской области от 30 августа 2012 г. № 1066/310-V-ОЗ (с изменениями на 1 марта 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/453127263>
31. Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами: Постановление Правительства Оренбургской области от 16 апреля 2020 года № 297-пп. URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <https://docs.cntd.ru/document/570765801>
32. Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в Оренбургской области: Постановление



ГБУ «УМЦ системы социальной защиты Оренбургской области»

Правительства Оренбургской области от 09 октября 2015 г. № 814-п. URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/430667684>

33. Об определении порядка предоставления сведений и документов, необходимых для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, пересмотра индивидуальной программы предоставления социальных услуг: Приказ Министерства социального развития Оренбургской области от 11 декабря 2014 г. № 610 (с изменениями на 16 марта 2021 г.). URL: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «ТЕХЭКСПЕРТ». <http://docs.cntd.ru/document/423981814>



Литература

1. Долговременный уход: сущность, организация, технологии и средства реализации: учебно-методическое пособие / Под общей редакцией Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2019. – 265 с.
2. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.
3. Долговременный уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами как элемент сопровождаемого проживания: методические рекомендации для специалистов учреждений социального обслуживания населения / сост. Е.А. Сидоренко – Красноярск: КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», 2019. – 190 с.
4. Ерусланова, Р.И. Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов на дому: Учебное пособие для бакалавров / Р.И. Ерусланова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. – 168 с.
5. Матюхина, З.П. Основы физиологии питания, микробиологии, гигиены и санитарии: учебник для нач. проф. образования / З.П. Матюхина. – 7-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 256 с.
6. Общий уход за больными: учебное пособие / сост.: А.В. Ткачев, К.Е. Мазовка, Л.С. Мкртчян, Л.В. Судьина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра поведенческой внутренней медицины. – Ростов н/Д: Изд-во Рост ГМУ, 2018. – 139 с.
7. Организация ухода за людьми пожилого и старческого возраста: Учеб. Пособие / Ю.А. Юдаева в соавт. – Оренбург: Изд-во ОрГМУ, 2014. – 100 с.
8. Ачкасов, Е.Е. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда: учебное пособие / Е.Е. Ачкасов [и др.]; под ред. Е.Е. Ачкасова, С.Н. Пузина, Е.В. Машковского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 128 с.
9. Трифонова, Т.А. Гигиена и экология человека: учебное пособие для среднего профессионального образования / Т.А. Трифонова, Н.В. Мищенко, Н.В. Орешникова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2019. – 206 с. – (Профессиональное образование).
10. Холостова, Е.И. Социальная работа: учебник для вузов / Е.И. Холостова. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во Юрайт, 2020. – 755 с.