

Департамент социального развития
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Ресурсный центр развития социального обслуживания»

Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Геронтологический центр»

**ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ОБЩЕГО УХОДА
ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ,
ПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ
РЕАБИЛИТАЦИИ.
АДАПТАЦИЯ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ
В СООТВЕТСТВИИ С ПОТРЕБНОСТЯМИ
МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН**

Методические рекомендации



Сургут
2024

УДК 364.07(07)

ББК 60.941я81

О-26

Под общей редакцией

М. Э. Беспаловой, директора бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания»;

Е. С. Юшковой, начальника отдела социальных технологий бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания».

Составитель:

М. В. Пикинская, методист отдела социальных технологий бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания».

О-26 Обучение навыкам общего ухода за маломобильными гражданами, пользования средствами технической реабилитации. Адаптация жилого помещения в соответствии с потребностями маломобильных граждан : методические рекомендации / составитель М. В. Пикинская; под общей редакцией М. Э. Беспаловой, Е. С. Юшковой. – Сургут : издательство БУ «Ресурсный центр развития социального обслуживания», 2024. – 120 с.

Методические рекомендации предназначены для систематизации деятельности школ ухода, обеспечения методического подхода к обучению навыкам долговременного ухода, повышения качества обучения сотрудников учреждений социального обслуживания и родственников уходу за маломобильными гражданами пожилого возраста и инвалидами.

УДК 364.07(07)

ББК 60.941я81

© Департамент социального развития
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры,
2024

© Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Ресурсный центр
развития социального обслуживания», 2024

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА I. ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ОБЩЕГО УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ	8
1.1. ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ШКОЛЫ УХОДА»	8
1.2. ПРАВИЛА УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ	10
1.2.1. Мобильность и немобильность. Виды и типы ограниченной мобильности.....	10
1.2.2. Общие правила ухода за маломобильными гражданами в домашних условиях.....	11
1.2.3. Определение потребностей маломобильных граждан. Принципы ухода Кровинкель	12
1.3. ОСНОВНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПО УХОДУ ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ	14
1.3.1. Измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания, температуры тела	14
1.3.2. Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями...	16
1.3.3. Ситуации, при которых необходима безотлагательная консультация врача.....	18
1.4. ГИГИЕНА МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА	19
1.4.1. Мероприятия по соблюдению гигиены маломобильного гражданина	19
1.4.2. Утренний и вечерний туалет при различных видах и типах ограниченной мобильности	21
1.4.3. Смена постельного белья при различных видах ограниченной мобильности	32
1.4.4. Мытье маломобильного гражданина	34
1.5. ПИТАНИЕ И КОРМЛЕНИЕ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА	37
1.5.1. Организация сбалансированного питания и питьевого режима маломобильного гражданина	37
1.5.2. Особенности приема пищи при различных видах ограниченной мобильности.....	41
1.6. УПРАВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОТПРАВЛЕНИЯМИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА	43
1.6.1. Опорожнение кишечника и мочевого пузыря	43
1.6.2. Применение абсорбирующего белья.....	45
1.6.3. Помощь в пользовании судном	48
1.6.4. Гигиенический туалет стомы	49
1.6.5. Уход за катетером	50
1.7. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УХОДЕ ЗА КОЖНЫМ ПОКРОВОМ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА	51
1.7.1. Причины возникновения пролежней	51
1.7.2. Классификация пролежней	53
1.7.3. Уход за маломобильными гражданами с пролежнями	54
ГЛАВА 2. ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ	56

2.1.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	56
2.1.1.	Группы технических средств реабилитации	56
2.1.2.	Назначение и порядок выдачи технических средств реабилитации.....	57
2.2.	СРЕДСТВА МАЛОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ МОБИЛЬНОСТИ В ПРЕДЕЛАХ КРОВАТИ	59
2.2.1.	Вспомогательные средства малой реабилитации	59
2.2.2.	Транспортировка маломобильного гражданина в пределах кровати при различных видах ограничения мобильности	59
2.3.	СРЕДСТВА МАЛОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ МОБИЛЬНОСТИ ПРИ ПОКИДАНИИ КРОВАТИ.....	64
2.3.1.	Вспомогательные средства малой реабилитации маломобильных граждан, используемые при покидании кровати	64
2.3.2.	Транспортировка при различных видах ограниченной мобильности.....	72
2.4.	СРЕДСТВА МАЛОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КОРМЛЕНИИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА	79
ГЛАВА 3. АДАПТАЦИЯ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПОТРЕБНОСТЯМИ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН		81
3.1.	ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К АДАПТАЦИИ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ	81
3.1.1.	Требования к адаптации жилого помещения маломобильного гражданина с учетом безопасности среды проживания	82
3.1.2.	Общие рекомендации по адаптации жилья для тяжелобольных граждан (лежачих)	86
3.2.	ПРИМЕРЫ АДАПТАЦИИ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН	88
3.2.1	Адаптация жилого помещения для маломобильных граждан, перенесших инсульт	88
3.2.2.	Адаптация жилого помещения для маломобильных граждан, передвигающихся на кресле-коляске	90
ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ, ИМЕЮЩИМИ РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ		91
4.1.	Кинестетика как основной двигательный ресурс для маломобильного человека	91
4.2.	Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инсульта...	92
4.3.	Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инфаркта миокарда	92
4.4.	Уход за маломобильным гражданином, болеющим сахарным диабетом.....	94
4.5.	Уход за маломобильным гражданином, болеющим пневмонией.....	95
4.6.	Уход за маломобильным гражданином, имеющим геморрой	96
ЗАКЛЮЧЕНИЕ		96
ГЛОССАРИЙ.....		97
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		98
Приложение. Перечень технических средств реабилитации для маломобильных граждан.....		100

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИППСУ – индивидуальная программа предоставления социальных услуг.

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.

ЛФК – лечебная физкультура.

МСЭ – медико-социальная экспертиза.

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья.

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья.

РФ – Российская Федерация.

СБО – социально-бытовая ориентировка.

ТСР – технические средства реабилитации.

ФСС – Фонд социального страхования Российской Федерации.

ВВЕДЕНИЕ

Проблемы маломобильных граждан находятся в центре интересов государства и общества. В Конституции Российской Федерации закреплено право каждого гражданина Российской Федерации на социальное обеспечение, в том числе тех, которые в силу своего физического состояния имеют определенные трудности с самостоятельной реализацией своих прав и свобод, в том числе равного права на получение услуг, без какой-либо дискриминации по признаку инвалидности.

В Российской Федерации проводится большая и углубленная работа по повышению качества жизни маломобильных граждан, которые испытывают затруднения при самостоятельном передвижении, ориентировании в пространстве и др.

Проблемы маломобильного гражданина становятся одинаково тяжелыми как для самого человека, так и семьи. Утрата возможности самостоятельно удовлетворить свои базовые потребности может быть компенсирована уходовой помощью других людей – родственников, близких, опекунов, специалистов социальных, образовательных, медицинских и иных организаций (сиделки, помощники по уходу, социальные работники, специалисты по социальной реабилитации, медицинские сестры и др.).

Общий уход за маломобильными гражданами требует специальных навыков, умений, знаний, а также обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, создания условий, обеспечивающих физический и психический покой. Поэтому и специалистам учреждений социального обслуживания, и родственникам, осуществляющим уход на дому, необходимо владеть основными приемами ухода, уметь адаптировать маломобильного гражданина к изменившимся условиям жизни и здоровья, поощрять его к самостоятельности и самообслуживанию.

Под уходом понимают комплекс гигиенических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение здоровья, облегчение страданий при болезни, скорейшее выздоровление и предупреждение осложнений.

При выполнении любых видов ухода за маломобильными гражданами (проведение гигиенических мероприятий, организация питания и кормления, выполнение рекомендаций врача по уходу, организация досуга подопечного или выполнение поручений по ведению домашнего хозяйства) специалист по уходу руководствуется принципами профессиональной этики, конфиденциальности, гуманности и непрерывности.

С целью улучшения качества жизни маломобильных граждан пожилого возраста и инвалидов, обеспечения данной категории лиц доступной среды жизнедеятельности и повышения качества социального обслуживания населения, в стационарных учреждениях социального обслуживания Ханты-Мансийского

автономного округа – Югры функционирует «Школа ухода за маломобильными гражданами на дому» (далее – «Школа ухода»). В рамках «Школы ухода» специалисты учреждений социального обслуживания обучают граждан и родственников навыкам ухода, пользованию техническими средствами реабилитации (ТСР) и уходовыми средствами, правилам питания и кормления, личной гигиены, знакомят с биомеханикой человеческого тела, методами дезинфекции в привычной для него домашней обстановке в окружении семьи.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре с сентября 2023 года реализуется пилотный проект по системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе¹.

В систему долговременного ухода включаются граждане старше трудоспособного возраста и инвалиды, признанные нуждающимися в социальном обслуживании в связи с полной или частичной утратой способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности, в том числе граждане с психическими расстройствами, которым установлен определенный уровень нуждаемости в уходе и предоставляются социальные услуги по уходу или социальные услуги, аналогичные социальным услугам по уходу, в форме социального обслуживания на дому, а также в стационарной форме в отделениях/секторах милосердия гражданам.

Важной частью данного проекта является обучение работников поставщика социальных услуг, а также членов ближайшего окружения, осуществляющих уход за маломобильными гражданами на основе родственных, соседских или дружественных связей.

Цели системы внедрения долговременного ухода – обеспечение гражданам, нуждающимся в уходе, поддержки их жизнедеятельности для максимально долгого сохранения привычного качества жизни, а также содействие гражданам, осуществляющим уход.

В целях систематизации деятельности «Школы ухода», обеспечения единого методического подхода, доступности информации в процессе обучения, формирования информационно-демонстрационных материалов по уходу за маломобильными гражданами, повышения качества обучения родственников и помощников по уходу разработаны данные методические рекомендации.

¹ Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 08.08.2023 № 440-п «О модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

ГЛАВА I. ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ОБЩЕГО УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ

1.1. ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ШКОЛЫ УХОДА»

«Школа ухода» – это технология социальной работы, предусматривающая обучение родственников, специалистов и других лиц, осуществляющих уход за маломобильными гражданами на дому, принципам общего ухода, использованию технических средств реабилитации, а также профилактике появления и развития осложнений, которые могут усугубить состояние гражданина.

В сфере социального обслуживания «Школы ухода» создаются на базе комплексных центров социального обслуживания населения.

Важным аспектом работы «Школа ухода» является подготовка (обучение) родственников, осуществляющих уход за маломобильными гражданами, к решению проблем, с которыми они сталкиваются.

Основные направления «Школы ухода» включают:

1) обучение родственников и опекунов, осуществляющих уход за маломобильными гражданами:

- психологическим аспектам, связанным с вопросами организации ухода и разрешением семейных конфликтов, профилактики стрессовых состояний (методам саморегуляции, релаксации и аутогенной тренировке);
- методам контроля изменений состояния здоровья инвалида;
- профилактике осложнений (пролежней, пневмоний, контрактур);
- принципам общего ухода (кормление, гигиенические мероприятия);
- навыкам использования технических средств реабилитации;
- основам реабилитации при различных функциональных нарушениях;

2) информирование, консультирование и сопровождение граждан из числа целевой группы «Школы ухода» организуется по вопросам социально-правового характера, психологической поддержки (индивидуальные/групповые консультации), использования технических средств реабилитации.

К целевой группе «Школы ухода» относятся:

- родственники, осуществляющие уход за маломобильными гражданами, утратившими способность к самообслуживанию;
- маломобильные граждане пожилого возраста и инвалиды;
- специалисты учреждений социального обслуживания (сиделка, помощник по уходу, социальный работник).

Проблемы, с которыми сталкиваются родственники при уходе за маломобильными гражданами

Семейная помощь и уход часто становятся нелегким испытанием для семьи. Многие исследования приводят к выводу, что уход за пожилым человеком или

инвалидом связан с сильным утомлением и напряжением, что приводит к стрессу, хотя в целом ситуация зависит от индивидуальных различий.

При уходе за маломобильными гражданами, как правило, возникает ряд проблем:

недостаток знаний о психологии поведения, характере и способах общения пожилых людей и инвалидов;

отсутствие свободного графика работы в шаговой доступности от дома;

нехватка времени, т.к. при уходе за больным нужно почти всегда находиться дома. На плечи родственника или опекуна ложится вся тяжелая домашняя работа, часто монотонная и однообразная;

появление новых обязанностей, освоение и применение новых знаний и навыков;

сложности в налаживании контакта с больным человеком по причине трудности понимания старческой тревожности и внутреннего дискомфорта недееспособного пожилого;

ограничение собственного общения с другими из-за отсутствия свободного времени или неудовлетворительных условий проживания;

возникновение проблем личного характера: плохие взаимоотношения между членами семьи, ухаживающим и больным, неважное здоровье, одиночество;

неудовлетворительные жилищные условия, которые могут только усугубить общие проблемы и др.

В особо трудной ситуации находятся те семьи, в которых проживает пожилой человек с сенильной (старческой) деменцией², заболевание которой составляют 15% – 20% всех психических болезней позднего возраста. Родственники таких пожилых граждан часто обнаруживают явные признаки социально-психологической дезадаптации в виде невротизации³, конфликтности, прогрессирующих психосоматических заболеваний⁴ и т. д. Они сами проявляют желание обратиться за помощью к психологу или психотерапевту. При этом отмечено, что при такой высокой потребности снять напряжение членам семей, проживающим совместно с пожилым человеком, особенно с больным и недееспособным, им недостает психологической поддержки.

В связи с этим в рамках деятельности «Школы ухода» проводятся профилактические мероприятия, направленные на поддержку членов семей маломобильных граждан путем создания благоприятной обстановки и улучшения психологической атмосферы.

² Деменция (лат. dementia – безумие) – приобретенное слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

³ Невротизация – это состояние эмоциональной нестабильности, которое может привести к неврозу и невротической тенденции в поведении личности.

⁴ Психосоматические заболевания (от греч. ψυχή – душа и греч. σῶμα – тело) – группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов.

Для оказания помощи маломобильным гражданам прежде всего необходимо создать условия для безопасной среды пребывания и адаптации жилого помещения в соответствии с их потребностями.

1.2. ПРАВИЛА УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

1.2.1. Мобильность и немобильность. Виды и типы ограниченной мобильности

Человек может быть мобилен, частично мобилен или немобилен.

Мобильность означает подвижность. Мобильность – основная потребность человека, элемент свободы и независимости. Чем выше мобильность любого живого существа, тем более оно независимо от ограничений среды его обитания.

Мобильный человек может перемещаться, при этом отсутствует дефицит самообслуживания. Человек сам решает, когда и куда ему идти, где и с кем встречаться и общаться, когда и как за собой ухаживать, что и сколько есть и пить. С возрастом (или из-за болезни) степень подвижности заметно уменьшается. Считают, что начиная с возраста 55 лет прежние возможности подвижности человека (конечно, с исключениями, но в основном) заметно падают, а социальные контакты сужаются. Мобильный 70-летний человек в любом случае ограничен в переносимых нагрузках: стоять и ходить становится тяжелее, координация слабеет, руки и ноги уже не имеют прежней силы.

Частично мобильный человек имеет ограничение подвижности, что влечет за собой ограничения самообслуживания в повседневной жизни, частичную или полную зависимость от посторонней помощи в передвижении, транспортировке, сопровождении при передвижении.

Немобильный человек отличается, прежде всего тем, что он не свободен и зависит от других людей, что лишает его свободы выбора. Прикованный к постели человек не в силах реализовывать свои желания. Лежачий человек остро переживает свое состояние, являясь жертвой обстоятельств: отсюда возможны и депрессии, и агрессивные состояния вплоть до полной самоизоляции.

Главный симптом немобильности – полная потеря подвижности.

Риски немобильности:

- потеря возможности самостоятельно организовывать свою жизнь, удовлетворять свои повседневные нужды;
- возникновение дефицита самообслуживания;
- появление состояния беспомощности, когда человек не может ни защитить себя, ни принимать самых обычных мер к сохранению своей жизни и здоровья;
- нуждаемость в посторонней помощи;

- развитие пролежней, контрактур, возникновение атрофии дыхательной мускулатуры, легочных заболеваний (пневмонии);
- неполноценное питание и недостаточное потребление жидкости, что становится прямой причиной возникновения проблем со стороны желудочно-кишечного тракта (в т.ч. запоров).

Таким образом, немобильность – тяжелейший недуг, который при неправильном и непрофессиональном уходе влечет за собой множество последствий, многие из которых ведут к полной потере подвижности и даже могут быть смертельны.

1.2.2. Общие правила ухода за маломобильными гражданами в домашних условиях

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

Маломобильные граждане имеют большие трудности в самообслуживании, в связи с чем за ними организуется уход со стороны как специалистов, так и родственников.

Общие правила ухода за маломобильными гражданами в домашних условиях включают основные составляющие: профессиональный состав сотрудников и родственников, осуществляющих уход за гражданином; адаптация комнаты гражданина с поддержанием чистоты и порядка (влажная уборка, проветривание, смена постельного белья и др.); общий уход (гигиена, переодевание, кормление, помощь с мочеиспусканием и дефекацией и др.), профилактика и лечение пролежней (обмывание, перекармливание, массаж, обмывание и др.), создание благоприятной среды (в том числе досуга), контроль за психологическим состоянием гражданина.

В реабилитационных мероприятиях по уходу за маломобильными гражданами, как правило, принимают участие сиделка (помощник по уходу), ассистент по технической помощи, специалист по комплексной реабилитации, медсестра, психолог, врач, инструктор ЛФК, логопед, дефектолог, педагог дополнительного образования, инструктор по труду, социальный педагог, специалист по социальной работе и др. Родственники маломобильного гражданина должны рассматриваться в качестве основных исполнителей значительной части реабилитационных мероприятий.

Объем уходовых процедур зависит от состояния здоровья гражданина, имеющего ограниченные возможности здоровья или инвалидность, в соответствии с которым врач может назначить определенный режим дня, в том числе и постельный. В таком случае для маломобильного гражданина очень востребована помощь при

тесном сотрудничестве специалистов с родственниками. Однако даже возможность полного самообслуживания не освобождает близких от ухода за маломобильным гражданином, создания благоприятных условий для его реабилитации.

Для эффективного ухода за маломобильными гражданами нужны не только знания и навыки, но и чуткость, такт, способность психологического воздействия, чтобы преодолеть повышенную раздражительность, чувство тревоги и порой безысходность маломобильных граждан. Сдержанное, ровное и спокойное отношение специалистов и родственников поддерживает маломобильного гражданина в принятии своего положения, укрепляет его волю и вселяет уверенность в выздоровлении. Известно, что психологический настрой человека существенно влияет на течение болезни, ее исход.

Уход за маломобильными гражданами разделяют на общий и специальный.

Общий уход – это поддержание санитарного порядка в помещении, где находится маломобильный человек, забота об удобстве постели, чистоте белья и одежды, организация питания, помощь при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях и т. д., выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за самочувствием и состоянием.

Специальный уход включает особенности ухода, обусловленные спецификой того или иного заболевания гражданина и предполагает проведение медицинских процедур (например, массаж, физиотерапия, соблюдение определенного режима питания и питьевого режима, лечебная гимнастика, психотерапия).

Для организации правильного ухода за маломобильными гражданами изначально необходимо определить потребности человека и создать комфортную и безопасную среду.

1.2.3. Определение потребностей маломобильных граждан. Принципы ухода Кровинкель

В разных странах разработаны схожие концепции планирования ухода, одна из них – основные принципы планирования ухода немецкого профессора Моники Кровинкель, согласно которым работают многие социальные и медицинские организации с маломобильными гражданами в европейских странах.

В центре ухода находится человек в целом, а не его отдельные нужды. Для осуществления правильного ухода необходимо сначала точно выяснить, что человеку нужно, какие из его потребностей необходимо поддерживать или заместить.

Согласно концепции Кровинкель, выделяют 13 видов активности человека и жизненного опыта, обеспечивающих его основные потребности (таблица 1).

Таблица 1 – Принципы ухода по Кровинкель

№ п/п	Виды активностей
1.	Возможность общаться
2.	Возможность двигаться
3.	Возможность поддерживать витальные функции
4.	Возможность ухаживать за собой
5.	Возможность есть и пить
6.	Возможность выделять продукты жизнедеятельности
7.	Возможность одеваться
8.	Возможность спать, отдыхать, расслабляться
9.	Возможность развлекаться, учиться, развиваться
10.	Возможность переживать собственную сексуальность
11.	Возможность заботиться о безопасности своего окружения
12.	Возможность поддерживать и развивать социальные контакты
13.	Возможность справляться с экзистенциальным опытом жизни

Алгоритм работы по определению потребности маломобильных граждан включает следующее основные позиции:

диагностика маломобильного гражданина для выявления у него нарушений по видам активностей и определения граней его поддержки (в том числе уточняется, в каких позициях человек может быть самостоятельным);

определение ресурсов;

разработка и реализация плана мероприятий с детализацией конкретных действий (манипуляций, процедур, занятий);

выявление особенностей гражданина в процессе действий (манипуляций, процедур, занятий);

ведение и изучение документации по результативности проведенных мероприятий; их оценка и внесение корректив (при необходимости);

дальнейшее планирование работы с учетом внесения корректив.

Пример построения практики ухода за маломобильным гражданином представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Пример построения практики ухода за маломобильным гражданином по принципам Кровинкель

Главные аспекты ухода за маломобильным гражданином		Пример практики ухода
Субъект , на которого направлен уход	Гражданин пожилого возраста или инвалид с ограниченной мобильностью	Гражданин после инсульта: парализована левая половина тела
Проблема , которая требует разрешения (отрицательный аспект)	Наличие признаков заболевания у гражданина с ограниченной мобильностью	Нарушение основной активности «способность двигаться»: гражданин самостоятельно двигаться не может (не может встать, ходить; сидеть может только с поддержкой)

Ресурс, который необходимо использовать при уходе/реабилитации гражданина (положительный аспект)	Определение возможностей к самообслуживанию у гражданина с ограниченной мобильностью	Использование остаточных функций человека: гражданин свободно двигает правой рукой (т.е. может самостоятельно кушать) и ногой (может стоять на правой ноге с поддержкой); понимает обращенную к нему речь и может следовать указаниям
Основные условия, которые должны быть созданы для гражданина (направленность на позитивные изменения, положительную динамику)	Проведение мероприятий с учетом проблемы и ресурса гражданина с ограниченной мобильностью	Соблюдение требований безопасности среды проживания (см. раздел 2), в т.ч.: оптимальные условия в помещении/комнате; оказание помощи при мобилизации гражданина; гигиенические процедуры; организация питания; регулярные переворачивания; выполнение предписаний врача; наблюдения за изменениями в повседневной жизни гражданина; создание благоприятной атмосферы; проведение профилактических мероприятий и др.

1.3. ОСНОВНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПО УХОДУ ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ

1.3.1. Измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания температуры тела

Первичные (основные) манипуляции, проводимые с маломобильным гражданином с целью определения его состояния здоровья во время организации ухода, включают:

- измерение артериального давления;
- определение пульса;
- определение частоты дыхания;
- измерение температуры тела.

1) Измерение артериального давления

Для измерения артериального давления рекомендовано использовать сфигмоманометры, содержащие ртуть, – они более точны, чем автоматические аппараты.

Артериальное давление (АД) определяют на плечевой артерии в положении человека лежа на спине или сидя в удобной позе. Манжету накладывают на плечо на уровне сердца, нижним ее краем – на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна иметь такой размер, чтобы покрывать 2/3 бицепса. Далее в манжету нагнетают воздух до значений выше ожидаемого систолического АД. Затем давление в

манжете постепенно снижают (со скоростью 2 мм рт.ст./с) и с помощью фонендоскопа выслушивают тоны сердца над плечевой артерией той же руки.

Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа. Давление, при котором будет выслушан первый тон сердца – систолическое АД. Давление, при котором тоны сердца больше не выслушивают – диастолическое АД. Теми же принципами руководствуются при измерении АД на предплечье (тоны выслушивают на лучевой артерии) и бедре (тоны выслушивают на подколенной артерии). Если тоны очень слабы, следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторяют.

2) Определение пульса

Определение пульса проводят с помощью секундомера (часы с секундной стрелкой), листа бумаги, ручки. Для определения пульса необходимо установить доверительные отношения с гражданином, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие, вымыть и высушить руки, приготовить все необходимое, предложить гражданину занять удобное положение сидя (лежа) и провести следующие манипуляции:

кисти рук гражданина располагают на уровне сердца и охватывают их своими руками так, чтобы I палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а II-V пальцы – на лучевой артерии в области лучезапястного сустава;

пальпируют лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости;

сравнивают колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании исследование пульса продолжают на одной руке; при разном колебании исследуют пульс на той руке, где колебания выражены лучше);

определяют ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями);

подсчитывают частоту пульса (при ритмичном пульсе – в течение 30 с, результат умножают на 2; при аритмичном – в течение 1 мин);

определяют напряжение пульса (по той силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания);

определяют наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе);

оценивают свойства артериального пульса – ритм, частоту, напряжение, наполнение;

сообщают результаты исследования подопечному;

записывают частоту пульса в температурный лист (цифрами);

моют руки.

Пример записи в дневнике наблюдений: Иванов Иван Петрович: артериальный пульс ритмичный (аритмичный), 78 в минуту, умеренного напряжения (твердый или мягкий), полный (пустой).

3) Частота дыхания

Одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Количество дыханий за 1 мин. называют частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания. В норме дыхательные движения ритмичны. Определение частоты дыхательных движений проводят незаметно для гражданина (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса).

Измерить частоту дыхания маломобильного человека можно в положении лежа или сидя. При этом берут человека за руку, как для исследования пульса, но наблюдают за экскурсией грудной клетки и считают дыхательные движения в течение 1 мин. Результат ЧДД записывают в соответствующую документацию.

4) Температура тела

Температуру тела измеряют с помощью термометра тремя основными способами:

при аксиллярном измерении (в подмышечной впадине) необходимо точно вложить термометр в подмышечную впадину (подмышечная впадина должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды больного);

во время орального измерения (термометр кладут под язык) используют специальную конструкцию термометра (только для индивидуального пользования);

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

Результаты измерений температуры фиксируют с указанием способа и времени измерения.

1.3.2. Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями

Немаловажным аспектом ухода за маломобильными гражданами помимо основных манипуляций является:

наблюдение за весом;

наблюдение за кожным покровом;

наблюдение за физиологическими отправлениями.

1) Наблюдение за весом

Вес – один из показателей физического развития человека, который зависит от возраста, морфологических и физиологических особенностей организма и позволяет косвенно судить о состоянии здоровья. Вес зависит от возраста, пола, а также характера и степени рабочей нагрузки, питания и др.

Взвешивание производят на медицинских весах стоя, ослабленных граждан – сидя на стуле или лежа (на специально приспособленных весах) в нательном белье

(с последующим вычитанием среднего веса одежды), натошак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Перед взвешиванием необходимо проверить равновесие весов без груза. Больных рекомендовано взвешивать не реже 1 раза в неделю. Данные о весе тела записывают в карту (историю) и/или в дневник наблюдений.

2) *Наблюдение за кожным покровом*

Наблюдение за кожным покровом имеет большое значение, поскольку кожа пожилых и больных людей имеет особенности, связанные с происходящими изменениями в организме. Возникают различные дерматологические заболевания, не характерные для молодых и здоровых людей. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним.

Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным больным регулярно проводят профилактику пролежней.

3) *Наблюдение за физиологическими отправлениями*

Естественными физиологическими отправлениями организма являются мочеиспускание и опорожнение кишечника. Данные процессы могут и должны быть контролируемы. При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях следует выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать мочеиспускание и опорожнение кишечника, уточнить частоту и характер отпавлений.

При обеспечении потребности в физиологических отправлениях необходима их регулярная оценка. Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий.

Больные пожилого возраста, находящиеся на постельном режиме, часто страдают запорами, обусловленными преимущественно атонией кишечника. Борьба с запорами включает в себя диетические рекомендации, прием слабительных средств. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях – характера стула.

Не следует злоупотреблять клизмами, особенно, если к их постановке нет особых показаний, так как при частом применении они вызывают раздражение толстой кишки.

При геморрое у пожилых больных нужно следить, чтобы выпадающие геморроидальные узлы не травмировались грубой туалетной бумагой. После каждого акта дефекации целесообразно обмывание области анального отверстия, применение ванночек с отваром ромашки, ректальных свеч.

1.3.3. Ситуации, при которых необходима безотлагательная консультация врача

Специалист или родственник, осуществляющий уход за гражданином, должен контролировать состояние его здоровья в динамике, незамедлительно реагировать на острые/критические ситуации, привлекая врачей скорой медицинской помощи, лечащего врача или врачей-консультантов.

Специалист (помощник по уходу) и родственник маломобильного гражданина обязан владеть навыками оказания первой медицинской помощи человеку. При оказании первой помощи следует всегда держать «под руками» аптечку с медицинскими изделиями (жгут, бинты, пластырь, нашатырный спирт и т.п.).

1) Навыки и умения специалиста или родственника, осуществляющего уход за гражданином:

уметь определять наличие сознания у пострадавшего;

владеть навыками оказания первой помощи при остром коронарном синдроме и нарушении мозгового кровообращения;

уметь проводить базовую сердечно-легочную реанимацию;

уметь определять признаки жизни;

проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию проходимости дыхательных путей при асфиксии или нарастающем удушье (запрокидывание головы с подъемом подбородка, выдвижение нижней челюсти), выполнять пособие по Хеймлиху;

осуществлять временную остановку кровотечения по алгоритму в случае травм подопечного (пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки);

осуществлять местное охлаждение при ожогах, термоизоляцию при обморожениях;

действовать по инструкции при экстренных ситуациях и уметь контролировать состояние пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение);

оказывать психологическую поддержку до приезда бригады скорой помощи.

2) Причины вызова врача маломобильному гражданину:

человек упал (даже если падение не сопровождалось видимым повреждением или травмой);

появилась или нарастает одышка;

появились охриплость, нарушение глотания, кашель;

появились или нарастают отеки на ноге/ногах;

появилось покраснение кожи на местах опоры (пятки, крестец и др.);

развились острая задержка мочи;

человек отказывается от приема пищи или жидкости без видимых причин;

появилась спутанность сознания (развился делирий);

отсутствует стул (более 3-х дней);

появились какие-либо новые симптомы заболевания и признаки ухудшения состояния здоровья и др.

При общении с врачом-специалистом и получении от него рекомендаций по уходу за гражданином целесообразно дополнительно обсудить жалобы, симптомы и состояния, которые могут появиться у человека, заранее обговорить алгоритм действий и объем помощи.

1.4. ГИГИЕНА МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА

1.4.1. Мероприятия по соблюдению гигиены маломобильного гражданина

Маломобильный гражданин нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены: умывании, бритье, уходе за волосами и ногтями, подмывании, приеме ванны, при отпавлении естественных надобностей и др. При этом, помогая гражданину, необходимо максимально стремиться к его самостоятельности и поощрять это желание.

Соблюдение гигиены тела является барьером и защитой от воздействий окружающей среды. Соблюдение чистоты кожи чрезвычайно важно, поскольку, помимо защитной функции, она также выполняет терморегулирующую, обменную, иммунную, секреторную, рецепторную, дыхательную и другие функции.

Мероприятия по соблюдению гигиены человека относятся не только к самому маломобильному гражданину, но и гражданам, осуществляющим уход (родственники, помощник по уходу и др.) (таблица 3).

Таблица 3 – Мероприятия по соблюдению гигиены маломобильного гражданина

Мероприятия по соблюдению гигиены		
в отношении гражданина	в отношении среды проживания	в отношении обслуживающего персонала/родственника
<ul style="list-style-type: none">- Утренний и вечерний туалет- Смена постельного белья- Смена нательного белья- Уход за руками и ногами- Уход за кожей, профилактика пролежней- Уход за волосами- Профилактика потницы- Уход за полостью рта	<ul style="list-style-type: none">- Проветривание помещения- Мытье полов- Поддержание температурного режима- Протирка мебели- Дезинфекция	<ul style="list-style-type: none">- Гигиена рук- Внешний вид, собранные волосы- Дезинфекция рук- Надлежащая обувь- Отсутствие украшений- Смена одежды

1) **Средства малой реабилитации** для удобства проведения гигиенических процедур подбираются индивидуально для каждого маломобильного гражданина. К подобным изделиям всегда предъявляют повышенные требования: они должны

быть максимально эффективны и комфортны в использовании маломобильными гражданами.

К основным средствам малой реабилитации относятся: персональный тазик, надувные ванны для мытья головы в постели, передвижные ванны, 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.).



Рисунок 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.

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

Надувная ванночка для мытья головы в постели (рис. 2). Ее использование очень просто и удобно. Подушка изготовлена для того, чтобы волосы не контактировали с грязной водой. После того как ванночка будет накачана воздухом, ее кладут под голову человека. Для удобства одно полотенце складывается и кладется между верхней поверхностью плеч и ванной. Положение отводного шланга ванной должно быть ниже предполагаемого уровня воды. Отводной шланг должен быть опущен в ведро для сбора грязной воды (и не перегибаться).

Процедура мытья головы включает следующую последовательность:

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;

закройте воду;

помойте ванну проточной водой, насухо ее вытрите и обработайте антисептическим средством;

удалите из надувной ванны воздух (при необходимости, чтобы после этого ванну можно было сложить и хранить до последующего использования).



Рисунок 2. Надувная ванночка для мытья головы в постели

Передвижные ванны, как правило, используют в условиях медицинских и социальных стационаров (рис. 3). С их помощью можно осуществлять купание обездвиженных больных в полном объеме непосредственно в палатах, а также в ваннах и душевых, туалетах, приемных отделениях, где требуется санитарно-гигиеническая обработка физически недееспособных граждан в максимально комфортных условиях для них и удобства для обслуживающего персонала.

Подъемники-ванны оборудованы откидными бортиками и системой спуска-подъема, что позволяет с максимальной бережностью и минимальными физическими усилиями перемещать граждан из кровати непосредственно в передвижную ванну для санитарно-гигиенической обработки.



Рисунок 3. Передвижная ванна

1.4.2. Утренний и вечерний туалет при различных видах и типах ограниченной мобильности

Качество жизни человека, нуждающегося в посторонней помощи, зависит от людей, осуществляющих уход. Необходимо проводить утренний и вечерний туалет граждан при различных видах и типах ограниченной мобильности.

1) Уход за полостью рта

Уход за полостью рта гражданина, нуждающегося в постороннем уходе, следует проводить 2 раза в день (утро/вечер), а после каждого приема пищи необходимо помогать ему осуществлять гигиену полости рта. У тяжелобольных граждан на слизистой оболочке рта и зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим

дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия.

Для гражданина, который **частично мобилен**, но не может самостоятельно чистить зубы, помощник по уходу (родственник) должен стать его «рукой». Для этого помощнику по уходу (родственнику) необходимо встать за человеком, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести эту процедуру (рис. 4.). Гражданин должен видеть себя в зеркало, сидя перед раковиной и при этом сохранять самостоятельность.



Рисунок 4. Чистка зубов частично мобильного гражданина

Для гражданина, который **не может передвигаться самостоятельно**, процедура по чистке зубов проводится в постели (рис. 5.). Для этого необходимо:

приготовить резиновые перчатки, стакан с водой, зубную пасту, мягкую зубную щетку, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора;

объяснить гражданину ход предстоящей процедуры;

придать гражданину положение полусидя или сидя в постели;

помочь гражданину повернуть голову набок;

положить полотенце на грудь гражданина;

вымыть руки, надеть перчатки;

под подбородок гражданина на полотенце поставить емкость для сбора промывных вод;

попросить гражданина набрать в рот воду и прополоскать рот;

смочить водой зубную щетку и нанести на нее зубную пасту;

почистить верхние зубы, 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 нёбные поверхности осторожными «выметающими» движениями сверху вниз (все четыре сегмента);

аналогично почистить нижние зубы (щечную и жевательную поверхности), а затем – язык;

помочь гражданину прополоскать рот водой;
 при необходимости вытереть подбородок;
 убрать емкость, полотенце;
 снять резиновые перчатки, вымыть руки.

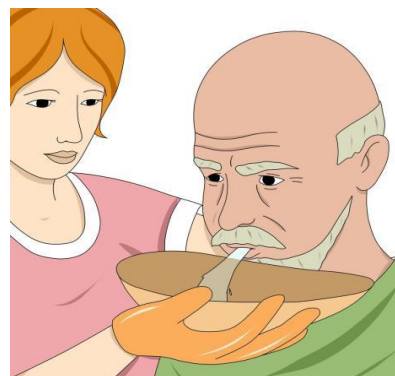





Рисунок 5. Чистка зубов в постели

Для гражданина, который **находится в бессознательном состоянии**, отсутствует возможность ухода за полостью рта: он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. Таким гражданам необходимо организовать посторонний уход за полостью рта каждые 2 часа (днем и ночью, применяя влажные палочки для чистки ротовой полости, сухие мягкие тампоны для ухода за полостью рта (табл. 4).

Таблица 4 – Средства для ухода за полостью рта

Изображение	Название
	Резиновые перчатки
	Стакан для полоскания
	Зубная щетка

	Мешок для белья
	Два полотенца
	Емкость для сбора промывных вод
	Сухие мягкие тампоны для ухода за полостью рта
	Ополаскиватель для ротовой полости. Современные средства для полоскания рта могут выполнять несколько функций: очищение полости рта от остатков пищи и бактерий, профилактика стоматологических заболеваний (в том числе кровоточивость десен и кариес), обеспечение длительной свежести
	Влажные палочки для чистки ротовой полости

2) Уход за зубными протезами

За зубными протезами, который носит маломобильный человек, должны осуществляться уходовые процедуры (рис. б.):

подготовить полотенце, резиновые перчатки, емкость для сбора промывных вод, чашку для протезов, зубную пасту, зубную щетку, марлевые салфетки, стакан с водой;

объяснить человеку ход предстоящей процедуры;

попросить человека повернуть голову набок;

развернуть полотенце, прикрыв им грудь до подбородка;

вымывать руки, надеть перчатки;

поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок человека на расстеленное полотенце;

попросить человека придержать емкость рукой, а другой рукой взять стакан с водой, набрать в рот воды и прополоскать;

попросить человека снять зубные протезы и положить их в специальную емкость.



Рисунок 6. Уход за зубными протезами

Для снятия зубных протезов помощник по уходу должен:

захватить зубной протез большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки;

снять протез колебательными движениями;

положить протезы в чашку для зубных протезов;

попросить клиента 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 клиенту вновь надеть их;

снять перчатки, сбросить их в полиэтиленовый пакет;

вымыть руки.

Утром, перед тем как надеть зубные протезы человеку, их ополаскивают чистой водой, а рот человека орошают теплой водой при помощи спринцовки.

3) Уход за ушами

Уход за ушами маломобильного гражданина требует следующих процедур:

надеть перчатки;

повернуть голову влево (при обработке правого уха) и вправо (при обработке левого уха);

обработать ушные раковины и околоушную область; в слуховом проходе манипуляции не проводят; при этом следует помнить, что без назначения врача закапывать в уши нельзя ничего; серу не следует старательно очищать, так как она защищает слуховой проход от повреждений и воспаления;

вымыть кожу за ушами и вытереть насухо, аккуратно промокнув сухой салфеткой. Не следует постоянно очищать уши ватными палочками, спичками,

шпильками, потому что происходит прессование серы, что приводит к серным пробкам.

Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой.

4) Уход за глазами

Обычный гигиенический уход за глазами маломобильного гражданина 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 гражданина, прикрыв подушку и его грудь пленкой или полотенцем;

сложить все ватные шарики, кроме двух, в емкость с водой;

положить на закрытые глаза обильно смоченные ватные тампоны на несколько минут, чтобы корочки размокли и их последующее удаление было безболезненным (при условии, если на ресницах имеются сухие корочки);

начать обработку 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;

выбросить использованные ватные тампоны;

помыть (обработать) руки.

5) Уход за полостью носа

Гигиенический уход за полостью носа маломобильного гражданина включает очистку носовых ходов от выделений. Процедуру 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 человеку голову;

смочить водой ватную турунду и отжать ее;

приподнять и придержать кончик носа человека 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;

использовать мази для носа при образовании корочек для их размягчения (по назначению врача).

При уходе за полостью носа *не следует*:

использовать по своему усмотрению различные масла, так как у подопечного на них может развиваться аллергическая реакция;

отсасывать спринцовкой жидкость из носа, так как при этом возникает опасность травм.

Желательно придавать человеку положение в постели, способствующее свободному выходу жидкости; если это не помогает, следует сообщить о ситуации врачу.

6) Уход за волосами

Уход за волосами имеет особое значение для маломобильных граждан, находящихся длительное время в постели. Мужчин стригут коротко и 1 раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам, имеющим длинные волосы, ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов, стараясь не выдергивать их. Причесывая волосы на затылке лежащему человеку, следует просто повернуть голову на бок. Если состояние человека позволяет, ему моют голову во время гигиенической ванны.

При условии длительного пребывания в постели маломобильному гражданину 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.

7) Бритье

В пожилом возрасте не только у мужчин, но и у женщин начинается активный рост волос в области верхней губы и подбородка, что является некомфортной ситуацией для человека. Проблему бритья легко решить, имея электробритву или научившись технике бритья безопасной бритвой.

Перед началом выполнения процедуры по удалению волос на лице следует:

подготовить перчатки;

придать человеку полусидящее положение;

осмотреть человека на предмет наличия родинок на лице;

укрыть грудь человека клеенкой и салфеткой, вторую салфетку намочить в воде и отжать;

положить на щеки и подбородок мужчины горячую влажную салфетку на 5 минут для смягчения кожи; после снятия салфетки равномерно наносят крем для бритья (пенку) на кожу лица по щекам и подбородку; женщине точечно в местах роста волос на лице убрать волосинки;

провести процесс бриться в направлении противоположном движению бритвы при оттягивании кожи в следующей последовательности: над верхней губой, щеки, под нижней губой, область шеи, под подбородком;

протереть влажной салфеткой лицо и промокательными движениями просушить лицо сухой салфеткой;

нанести лосьон (мужчине) или питательный крем (женщине) на кожу лица и шеи (по завершению всей процедуры).

8) Уход за кожей тела и лица

Кожа человека загрязняется выделениями сальных и потовых желез, роговыми чешуйками, пылью, особенно в подмышечных впадинах и складках под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника. Человеку ежедневно необходимы умывание, подмывание, мытье рук перед приемом пищи. Помимо этого, человека следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю.

Уход за кожей лица маломобильного гражданина требует большого внимания.

Для ухода за кожей лица маломобильного гражданина выделяют индивидуальный тазик, полотенце, мыло и другие предметы туалета. Важно стараться направить усилия человека на самостоятельное выполнение хотя бы малой части необходимых для умывания действий. Именно поэтому умывание лица проводят как в гигиенических целях, так и для повышения жизненного тонуса, и для улучшения самочувствия клиента. Человеку объясняют, как будет произведена процедура, спрашивают о желаемой температуре воды, рассказывают о последовательности движений.

Для проведения процедуры:

надевают перчатки;

под голову кладут пеленку с клеенкой или впитывающую пеленку;

мочат салфетку или одноразовую рукавичку в воде для обтирания лица (лба, щек, подбородка) и шеи человека;

прополаскивают салфетку в чистой воде, еще раз обтирают лицо человека и промокают его сухим полотенцем;

использовать увлажняющий крем, если кожа лица сухая.

Если человек в состоянии мыть лицо самостоятельно, желательно предоставить ему эту возможность, а лежащему человеку необходимо помочь в

организации проведения этой манипуляции: поднести воду, подать варежку, помочь ее намочить и отжать, подать полотенце.

Для умывания рекомендуется использовать чистую воду без примесей. При умывании водой клетки рогового слоя кожи набухают и отторгаются вместе с осевшей на них пылью, грязью, жиром, остатками пота и другими веществами, а также микроорганизмами. Теплая вода, похлопывание и поглаживание лица во время мытья усиливают очищающее действие. Одновременно улучшаются кровообращение и питание кожи.

9) Уход за руками и ногтями

Мобильный человек сам в состоянии мыть руки, ему лишь необходимо при необходимости напомнить и помочь в подготовке – проводить до раковины, подать мыло, полотенце. Если гражданин, например, после инсульта не в состоянии управлять одной из рук, помощник по уходу должен поддерживать слабую руку, позволяя человеку самостоятельно вымыть эту руку здоровой рукой, а затем подать полотенце и помочь вытереть руку.

Уход за руками включает следующие действия: надеть перчатки, намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде, обтереть руки гражданина, обращая особое внимание на межпальцевые промежутки, высушить кожу рук полотенцем, тщательно просушивая кожу между пальцами (рис. 7).

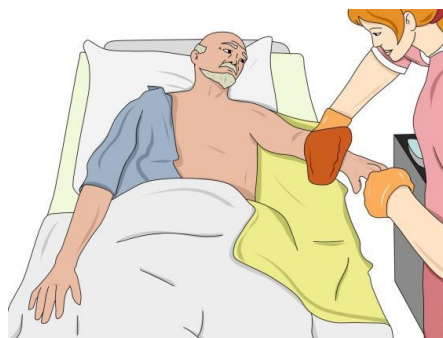


Рисунок 7. Мытье рук лежащему человеку

Уход за ногтями важен как для гигиены и безопасности человека, так и для повышения его настроения. Если маломобильный гражданин не может подстричь ногти сам, эту процедуру выполняет помощник по уходу (родственник).

Для того чтобы подстричь человеку ногти на руках, необходимы: мисочка с водой с добавлением жидкого мыла, резиновые перчатки, индивидуальные ножнички, крем для рук. Также под рукой должно быть и дезинфицирующее средство для обработки возможной ранки, возникшей при стрижке.

Уход за ногтями включает следующие действия:

поместить руки человека в теплую мыльную воду на 2–3 минуты;

поместить одну руку на полотенце, обсушить;

подстричь ногти один за другим ножничками или щипчиками в форме овала;

смазать антисептическим средством при повреждении кожи;
обсушить еще раз кожу рук, обработать кисти рук кремом;
снять перчатки;
помыть руки.

10) Мытье ног

Правильный уход за ногами маломобильного гражданина играет особую роль. Если человек может передвигаться по квартире, то ему ежедневно необходимо на ночь мыть ноги теплой водой в тазу и тщательно протирать межпальцевые пространства, чтобы не появилась опрелость. При плохом уходе за ногами могут возникнуть шероховатости кожи, опрелость, грибок и другие осложнения. При уходе за ногтями ног велика опасность повреждений, что, например, у людей с сахарным диабетом может повлечь за собой тяжелые последствия. Поэтому желательно, чтобы уход за ногтями ног проводился под наблюдением помощника по уходу (родственника).

Комплекс профилактических мероприятий, позволяющих снизить риск развития поражений ног:

нельзя согревать ноги с помощью грелок, особенно электрических, если ноги мерзнут, так как температурная чувствительность ног часто бывает снижена, и очень легко получить ожог;

нельзя принимать горячие ножные ванны, температура воды не должна превышать 40°C;

нельзя удалять мозоли с помощью мозольных жидкостей, мазей или пластырей, так как все они содержат вещества, разъедающие кожу;

обращать внимание на тугость резинки носков во избежание нарушения кровообращения;

не рекомендуется пользоваться при уходе за ногами острыми предметами (ножницами, мозольными ножами, бритвами и др.) особенно гражданам с сахарным диабетом во избежание возникновения травм.

Помыть ноги в постели можно следующим образом (рис. 8.). Надевают перчатки, под колени человека подкладывают подушку-ролик или закатывают валик одеяло. Под ноги подстилают пеленку и клеенку, на которую ставят таз с теплой водой. Ноги гражданина моют с помощью индивидуальной губки и мыла в тазу. После этого их вытирают полотенцем, уделяя особое внимание межпальцевой зоне. При очень сухой коже применяют увлажняющий крем. Вазелин или жирный крем применять нельзя.



Рисунок 8. Мытье ног в постели

11) Уход за гениталиями

Несоблюдение правил личной гигиены половых органов может привести к инфекционным заболеваниям как у женщин, так и мужчин. Человеку необходимо регулярно подмываться, в связи с тем, что кожа половых органов вырабатывает смегму, которая накапливается.

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

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

Процедура ухода для мужчин. Следует встать сбоку от мужчины 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 человека, 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.

1.4.3. Смена постельного белья при различных видах ограниченной мобильности

Смену постельного белья производят 1 раз в 7–10 дней и в экстренном порядке – по мере загрязнения. Помощник по уходу обязан владеть навыками смены постельного белья для обеспечения соблюдения требований личной гигиены клиента. Смену постельного белья тяжелобольным проводят с большой осторожностью. Больной должен быть уверен, что его не уронят.

Смену постельного белья тяжелобольным можно осуществлять двумя способами: продольный способ и поперечный способы.

Продольный способ. Если кровать имеет ограждение, его следует опустить. При наличии сменной подушки на нее сразу надевают чистую наволочку. Чистую простыню, пеленки и клеенку следует скрутить валиком в продольном направлении, повернув подопечного на бок от себя и устойчиво устроив его на боку. Края грязного белья высвобождают из-под матраса и скручивают валиком продольно в направлении спины клиента. Грязную простынь необходимо максимально докрутить до человека, подоткнув ее под тело. Подготовленную в виде валика чистую простынь раскладывают на кровати и раскручивают в направлении спины человека. После этого человека сначала 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 человека о самочувствии и дополнительных пожеланиях. На рисунке 9 представлен продольный способ смены постельного белья.



Рисунок 9. Продольный способ смены постельного белья

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 гражданина за голову, шею и плечи, а второй – непосредственно менять белье. Пациента приподнимают поддерживающим захватом. Один ухаживающий удерживает пациента через всю спину за подмышку, а другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем раскручивают чистую простыню до ягодиц подопечного, меняют подушки или наволочки на них и аккуратно укладывают гражданина. 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 пациента одеялом с чистым пододеяльником и убедиться в том, что больному удобно и комфортно.

На рисунке 10 представлен поперечный способ смены постельного белья.

Важно помнить, что, производя манипуляции по смене постельного белья в одиночку, необходимо все время находиться на той стороне, на которую повернут клиент, или поднимать загородку кровати во избежание падения и предотвращения травм.

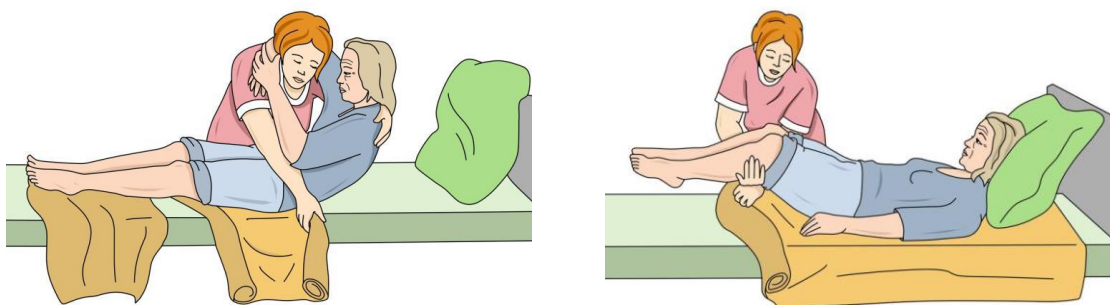


Рисунок 10. Поперечный способ смены постельного белья

1) Снятие и надевание нательного белья с немобильного клиента

Снятие белья

Как и при выполнении других манипуляций, важно объяснить клиенту 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 клиента.

Надевание нательного белья

Рукав рубашки клиента, предназначенный для надевания 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 клиента до плеча, после чего ее укладывает. Далее надевают второй рукав на здоровую руку и просят гражданина, чтобы он, удерживая здоровой рукой больную, поднял руки и голову. Ухаживающий через голову со стороны лица по направлению к затылку надевает ночную сорочку или рубашку, придерживая человека под плечи и голову. После этого просят человека положить голову, освободить руки и при помощи поддерживающего захвата его приподнимают. Поддерживая одной рукой человека под подмышку, другой рукой опускают рубашку как можно ниже. Аккуратно положив человека, приподнимают его ягодицы и опускают рубашку вниз до конца.

Смена брюк

Клиента 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.

1.4.4. Мытье маломобильного гражданина

1) Мытье в постели

Лежачего человека можно полностью помыть в ванне, под душем или провести обмывание всего тела в кровати. Процедуру проводят по плану, получив согласие человека. Желательно, чтобы перед процедурой мытья человек опорожнил мочевой пузырь. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24 °С, температура воды 37–40 °С. Помощник по уходу надевает перчатки, убирает одеяло и снимает ночную рубашку (пижаму) с человека. Затем человека поворачивают на бок и подстилают под него непромокаемую простыню для защиты постельного белья в области ягодиц.

Далее гражданина переворачивают на спину, т.е. укладывают на подготовленную простыню. Человека укрывают, обнажив лишь верхнюю часть тела. Смочив в мыльном растворе рукавичку-мочалку, подопечного обмывают в следующей последовательности: область шеи, декольте, грудь (у женщины

тщательно промывают область под молочными железами), правая рука и подмышечная впадина, левая рука и подмышечная впадина, спина.

После этого насухо вытирают кожу путем промокания, избегая грубых трущих движений. Далее верхнюю часть тела клиента укрывают простыней, а нижнюю обнажают и обмывают в следующей последовательности: живот, правое бедро, правая нога (тщательно моют межпальцевые промежутки), левое бедро, левая нога, ягодицы. Кожу насухо вытирают путем промокания без грубых трущих движений. Затем проводят процедуру подмывания, расчесывают волосы, грязное белье убирают в мешок и меняют нательное белье.

При мытье и вытирании следует внимательно осмотреть кожу подопечного в местах возможного образования пролежней, а также в областях кожных складок, подмышечных впадин, промежностей и подгрудных желез (места наибольшего скопления пота и грязи).

Общие правила, соблюдаемые при мытье лежачего клиента в постели, представлены на рис. 11:

сохраняйте ресурсы самообслуживания; создавайте безопасную комфортную среду;

учитывайте пожелания и привычки клиента;

защищайте постель от намокания;

следите за межпальцевой зоной.



Рисунок 11. Общие правила, соблюдаемые при мытье лежачего клиента в постели

2) *Мытье в ванне*

Температура в помещении должна быть около 24°C, на пол около ванны кладут нескользящие коврики, на стенах должны быть поручни, на полу в ванной не должно быть воды. Необходимые принадлежности – полотенце, чистое белье и халат. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, вначале наливают в нее холодную воду, а затем добавляют горячую до нужной температуры. Температура воды в ванне должна составлять 35–37 °С. При нарушении функций нижних конечностей подопечный перемещается со стула на край ванны, одной рукой держась за настенный поручень. С помощью другой руки подопечный перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и далее,

держась одной рукой за поручень, а другой – за край ванны, опускается в нее. Мытье в ванне начинают со смачивания всего тела теплой водой, моют голову, затем – тело, руки, ноги. Положение больного в ванне – полулежа с упором на подставку для ног. Вода должна доходить до верхней трети груди больного и не покрывать область сердца (рис. 12).

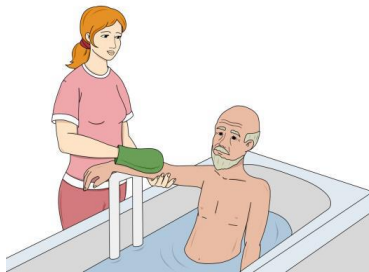


Рисунок 12. Мытье человека в ванне

Если человек может хотя бы частично помыться сам, ему передают намыленную мочалку, если не может – ему помогают. Сначала моют голову, затем – туловище, руки, подмышечные впадины, ноги, паховую область и промежность. После завершения процесса мытья человеку помогают выйти из ванны, вытирают его в том же порядке, в котором мыли, и помогают одеться. После купания легче подстричь ногти. Продолжительность купания в ванне не должна превышать 20 мин. Оставлять человека одного в ванне нельзя, так как у него может возникнуть головокружение, измениться артериальное давление.

3) Мытье маломобильного гражданина в душе

Иногда человек отказывается принимать ванну или отсутствует возможность помыть его в ванне. В этом случае его можно поместить на специальный стул и помыть под душем (рис. 13). Ощущение при нахождении человека под теплой струей воды, падающей на лицо и тело, позитивно настраивает человека и делает его бодрее. Мытье с мылом и мочалкой очищает тело, облегчает кожное дыхание, создает ощущение легкости. Последовательность действий – такая же, как при мытье в ванной, с той лишь разницей, что вода все время льется струей, и человеку необходимо направлять воду на себя или делать это ухаживающему человеку, либо ставить душ на кронштейн. Следует тщательно следить за температурой воды, так как смена температуры – частая проблема душевых. В современных душевых комнатах должен быть удобный безбарьерный подход, поэтому нет необходимости ставить доску на ванну, а можно использовать специальный стул для душа. Если человек может стоять, держась за поручень, есть возможность осуществить гигиену интимной зоны, после чего человек может снова сесть.

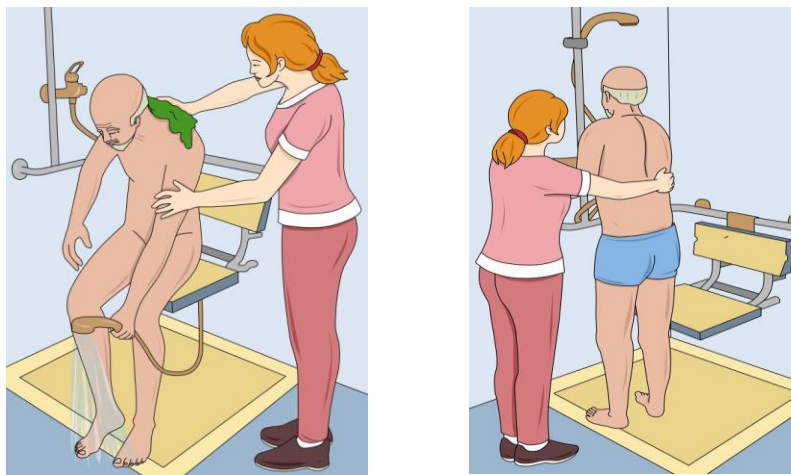


Рисунок 13. Мытье частично мобильного клиента в душе

1.5. ПИТАНИЕ И КОРМЛЕНИЕ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА

1.5.1. Организация сбалансированного питания и питьевого режима маломобильного гражданина

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.

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

Жиры. В твердых жирах животного происхождения есть витамины, минеральные вещества, комплексы ферментов и другие биологически важные компоненты. В итоге организм человека получает энергию, тепло и необходимые вещества в рациональных пропорциях и количествах. Доля жиров в пищевом рационе должна составлять 30–35% общей энергетической ценности (в среднем 70–105 грамм в сутки), при этом не менее трети отводят жирам растительного происхождения. Избыток животных жиров неблагоприятен в плане повышения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Белки. Поскольку белки представляют собой строительный материал для организма, они должны обладать максимально высокой биологической ценностью, а это, прежде всего, белки животного происхождения. В процессе пищеварения белки расщепляются до аминокислот, из которых организм синтезирует собственные белки, используемые для восстановления и построения тканей. В белках растительного происхождения содержится меньше аминокислот, поэтому они менее питательны и представляют меньшую ценность.

Углеводы. В качестве продуктов питания, содержащих углеводы, рекомендованы несладкие фрукты, картофель, овощи. Некоторые люди при переходе на лечебно-сбалансированное питание делают ошибку, полностью отказываясь от углеводов. В таких условиях организм синтезирует необходимое количество углеводов из белков и глицерина, поскольку они необходимы для нормального обмена веществ и поддержания постоянного уровня сахара в крови. Оптимальное содержание углеводов в суточном пищевом рационе в среднем составляет 400–500 грамм. Избыточное потребление углеводов приводит к ожирению, в то время как недостаточное поступление углеводов ведет к усиленному окислению собственных липидов организма и расщеплению тканевых белков, что отрицательно влияет на здоровье. Однако у больных сахарным диабетом содержание углеводов в пище снижают. Для пациентов существуют диеты, разработанные применительно к их заболеваниям, которых и следует придерживаться.

Питание разделяют на активное и пассивное (искусственное).

Активное питание. Активно питающийся человек может есть к столу, а при постельном режиме необходимо создать условия для приема пищи, сидя в постели. Тех, кто испытывает слабость, а также граждан с тяжелыми заболеваниями кормят люди, предоставляющие уход. Гражданина следует убеждать в необходимости принимать пищу, даже если нет аппетита, настроения или желания. Следует также иметь в виду, что, если какие-то блюда вызывают у клиента отвращение, меню должно быть скорректировано (по согласованию с врачом). При этом во внимание обычно принимают характер заболевания, наличие противопоказаний и показаний, стадию заболевания и риск возможных осложнений, особенности национальной кухни и предпочтения клиента.

Пассивное питание. Если человек не может самостоятельно или с посторонней помощью принимать пищу, то ему назначают пассивное питание. Выделяют несколько видов пассивного питания. При непроходимости пищевода или входного отдела желудка пищу вводят через специальный зонд в гастростому, которую устанавливают во время операции. Частоту введения пищи и размер разовой порции назначает врач. Процедуру кормления проводят под контролем медицинского работника. Помимо гастростомы, существуют методы введения питательных веществ, минуя желудочно-кишечный тракт. Специальные питательные растворы,

способные поддерживать нормальный обмен веществ в организме, вводят парентерально (внутривенное питание, которое подается через катетер, установленный в вену), минуя пищеварительный тракт. Также можно вводить питательные растворы при помощи клизмы.

Питьевой режим – наиболее рациональный порядок потребления воды в течение суток. Правильный питьевой режим обеспечивает нормальный водно-солевой обмен, создает благоприятные условия для жизнедеятельности организма. К сожалению, большинство людей не связывают свои заболевания с недостаточным потреблением чистой питьевой воды и не соблюдают питьевой режим. Вода выводится из организма с мочой, а также она удаляет из организма переработанные отходы.

Сколько же нужно пить жидкости, какова ежедневная норма? При ответе на этот вопрос большое значение имеет питание. Если человек питается фруктами, овощами, крупами и легко усвояемым белком, достаточно 1 литра чистой воды в день. Если человек регулярно употребляет мясо, рыбу, яйца, хлеб, большое количество пряного и острого, необходимо гораздо большее количество воды – 1,5–2 литра. Чем больше человек ест, тем больше он должен пить. Оптимальная ежедневная доза воды для нормальной работы организма – 30 мг на 1 кг веса человека: не чая, сока, компота и других напитков, а именно чистой питьевой воды. Для людей, имеющих проблемы со здоровьем, питьевой режим должен устанавливать врач.

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

Особенности приема пищи при нарушенном глотании

Необходимо придерживаться определенных правил при кормлении граждан с нарушением глотания:

не следует давать большое количество пищи сразу, желательно разбить кормление на несколько небольших порций;

необходимо выбирать более грубую пищу, так как вероятность ее попадания в дыхательные пути минимальна;

пища должна быть ароматной и аппетитной;

не следует кормить лежачего клиента в положении лежа;

напитки необходимо подавать строго до или после, но не во время основного приема пищи;

не следует запрокидывать голову клиента назад;

по возможности выделяйте на кормление больше времени.

Крайне важно отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании: кисломолочная продукция, фрукты, варенье, сиропы. Следует также отказаться от очень сухих, жестких блюд: крекеры, поджаренные ломтики хлеба. Приготовленный рис может слипаться или быть жестким, потому следует убедиться в том, что его консистенция оптимальна (при этом будет легким процесс разжевывания и отсутствовать риск прилипания к ротовой полости).

Необходимо наблюдать за гражданином во время пробного (тестового) кормления (питья и приема твердой пищи) для того, чтобы вовремя заметить признаки, указывающие на высокую вероятность наличия у него расстройств глотания. Человека следует поддерживать так, чтобы он ровно сидел в вертикальном положении со слегка наклоненной вперед головой. Особую осторожность необходимо соблюдать при оценке глотания у больных с уже имеющимися заболеваниями дыхательной системы, поскольку у таких клиентов самая незначительная аспирация представляет большую опасность.

Вначале рекомендовано попросить человека проглотить около 50 мл воды, начиная с 5 мл. Для этого можно последовательно поить клиента с чайной ложечки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо контролировать объем и скорость поступления воды с помощью питьевой трубочки, используя ее как пипетку. Не следует давать человеку держать чашку или стакан с водой самому, так как он может попробовать выпить ее всю сразу, рискуя при этом аспирировать жидкость. Необходимо наблюдать за каждым глотком клиента, обращать внимание на кашель, указывающий на неблагополучие при глотании и одновременно защищающий дыхательные пути от аспирации.

Аспирация (от лат. – *aspiratio*) – эффект «засасывания», возникающий из-за создания пониженного давления. Перед тем, как кормить клиента, необходимо убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Важно помнить, что нельзя поить и кормить клиента, лежащего с запрокинутой головой, поскольку при этом надгортанник открывает вход в трахею, и больной может поперхнуться. Если клиент нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их наличии и исправности. От того, в каком они состоянии, будет зависеть вид кулинарной обработки пищи. Клиента с нарушением глотательного рефлекса нельзя оставлять одного во время приема пищи. Необходимо следить за тем, чтобы пациент

не торопился во время еды, не разговаривал, не отвлекался. Клиент должен класть в рот небольшое количество пищи, хорошо ее прожевывать, пить маленькими глотками (иногда необходимо добавлять в жидкость загуститель). Пища должна быть мелко порезанной или перетертой (лучше, если пациент имеет возможность наблюдать эти процессы).

Особенности приема пищи при аспирации (рис. 14):

ухаживающий встает сзади человека и обхватывает его голову рукой (для предотвращения западения головы назад);

указательный палец лежит между нижней губой и подбородком;

средний палец поддерживает подбородок;

большой палец находится на височно-нижнечелюстном суставе.



Рисунок 14. Профилактика аспирации

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

Сразу после глотка необходимо обследовать полость рта больного. Поскольку при слабости языка пища может откладываться между щекой и деснами или между нижней губой и деснами, важно проверить, действительно ли произошел глоток. Это можно сделать, стоя перед гражданином.

1.5.2. Особенности приема пищи при различных видах ограниченной мобильности

Правильная организация питания занимает важное место в уходе за маломобильными гражданами пожилого и старческого возраста. Поскольку у пожилых людей интенсивность обменных процессов в организме снижена, следует

уменьшить калорийность пищевого рациона за счет уменьшения содержания жиров животного происхождения и углеводов. Оптимальное потребление жиров пожилым человеком составляет 60–70 г в сутки, при этом 25–30 % должно приходиться на долю жиров растительного происхождения, содержащих ненасыщенные жирные кислоты (линолевою, линоленовую и другие), снижающие уровень холестерина в крови и обладающие антиатеросклеротическим действием.

Долю углеводов целесообразно уменьшить до 280–320 г в сутки. Поскольку в пожилом возрасте часто отмечается снижение инкреторной функции поджелудочной железы, в первую очередь следует уменьшить потребление легкоусвояемых углеводов – сахара, конфет, меда, варенья и других кондитерских изделий. Напротив, продукты, содержащие грубоволокнистую клетчатку, нужно включать в пищевой рацион пожилых людей обязательно.

Как правило, у граждан пожилого и старческого возраста часто наблюдаются признаки сердечной недостаточности, повышенное артериальное давление, происходит задержка жидкости. Поэтому им следует ограничить потребление поваренной соли до 5–8 г в сутки. Без особых показаний не стоит ограничивать прием жидкости (менее 1–1,5 л в сутки), так как это может способствовать усилению запоров. При склонности к запорам показано включение в пищевой рацион фруктовых соков и компотов, яблок, свеклы и других овощей, и фруктов, стимулирующих перистальтику кишечника.

Также необходимо помнить, что у граждан пожилого возраста из-за отсутствия зубов часто отмечается неполноценность жевательного аппарата, снижается секреторная активность желудка, поджелудочной железы и печени. Это обстоятельство обуславливает необходимость предусмотреть соответствующую кулинарную обработку пищи, уменьшающую нагрузку на органы пищеварительной системы.

1) Кормление лежачего гражданина

Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специальный для этих целей халат или фартук. Комната, в которой находится больной, 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 человеку принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Человеку накрывают грудь нагрудником и одевают зубные протезы (если он ими пользуется). Перед началом приема пищи человеку

предлагают попить – это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить человека, одной рукой поддерживают голову клиента, а другой – держат кружку, из которой он пьет. Если человека 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 человека, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так клиент 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 пациент мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи клиенту предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот больного салфеткой. После кормления клиенту помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.

2) Кормление маломобильного гражданина

Если гражданин 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 клиенту 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). Человек может есть с подноса, если ему удобно. Еду можно поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой, либо усадить клиента 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 какой посуды ему удобнее пить. Важно, чтобы пища выглядела привлекательно и возбуждала аппетит.

Маломобильного гражданина не следует оставлять одного во время приема пищи.

1.6. УПРАВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОТПРАВЛЕНИЯМИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА

1.6.1. Опорожнение кишечника и мочевого пузыря

Организм человека является сложнейшей биохимической лабораторией, в которой работа не прекращается ни на секунду. В процессе этой работы образуются шлаки, которые выводятся наружу разными путями, но в основном через мочевыводящую систему и пищеварительный тракт. Естественные физиологические

отправления организма подчиняются определенным законам, однако поскольку они происходят с участием сознания и воли человека, то могут и должны быть контролируемы.

Важными факторами физиологического отправления является опорожнение кишечника и мочевого пузыря.

Опорожнение кишечника (дефекация) должно проходить регулярно, безболезненно и в должном объеме. В противном случае возможно возникновение запора. Состав каловых масс зависит от характера пищи и функционирования пищеварительного тракта. В норме кал при смешанной пище имеет желтовато-бурый, коричневый цвет, при мясной – темно-коричневый, при молочной диете – желтый или светло-желтый. Большое количество ягод в пище (черной смородины, черники, вишни) окрашивает испражнения в темный цвет. Некоторые лекарственные средства также изменяют цвет кала (например, прием соли висмута, железа, йода придает калу черный цвет). При наличии примеси крови в кале цвет кала может быть черным, а вид каловых масс – дегтеобразным.

В норме кал имеет мягкую консистенцию (плотность). При различных патологических состояниях кал может быть кашицеобразным, умеренно плотным, плотным, жидким, полужидким. Глинистая консистенция кала и серый цвет указывают на значительную примесь неусвоенного жира, что бывает при закупорке желчного протока.

Форма кала в норме – цилиндрическая, колбасовидная. При сужениях или спазмах толстого кишечника кал может быть лентовидным или иметь форму плотных шариков (овечий кал). Запах зависит от состава пищи и интенсивности процессов брожения и гниения. Мясная пища дает резкий запах, молочная – кислый.

Примеси в кале могут быть в виде слизи, гноя, крови, кишечных паразитов и случайных инородных тел. Слизь образуется в виде комочков, клочков, пленок различной величины на поверхности кала. Слизистые частицы могут быть смешаны с кровью или окрашены желтыми пигментами. Гной в кале имеет вид желтоватых непрозрачных комочков. Чаще всего он перемешан со слизью или с калом, который обычно имеет жидкую или полужидкую консистенцию. Кровь, видимую невооруженным глазом, встречают в кале в виде сгустков различной величины на его поверхности либо смешанной с гноем или слизью. Темная кровь в кале бывает при кишечном кровотечении из верхних отделов кишечника, а светлая кровь на поверхности кала указывает на геморроидальное кровотечение.

Опорожнение мочевого пузыря за сутки может быть различным в зависимости от количества выпитой жидкости, интенсивности обмена веществ, температуры окружающей среды и др. В среднем мочеиспускания происходят 4–6 раз в сутки, а общее количество выделяемой мочи составляет около 1 литра. Моча, вырабатываемая почками, постепенно скапливается в специальном резервуаре – мочевом пузыре. По мере его наполнения появляется позыв на мочеиспускание,

вначале слабый, затем все более настойчивый. Наибольшее одномоментное количество мочи обычно выделяется утром, так как во время сна чувство позыва притуплено. Днем же позыв на мочеиспускание возникает при значительно меньшем наполнении мочевого пузыря.

Силой воли можно подавить позыв (в этом иногда имеется необходимость), однако систематически этого делать не следует: может развиваться расширение мочевого пузыря, что создает условия для возникновения в нем воспалительного процесса, вызывающего впоследствии нарушение деятельности почек. Ведение дневника наблюдения отправлений позволяет объективно оценивать состояние клиента, следить за развитием болезни и ходом лечения, а также своевременно принимать необходимые меры.

1.6.2. Применение абсорбирующего белья

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

Виды абсорбирующего белья представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Различные виды абсорбирующего белья

Изображение	Предназначение/описание
	<p>Простынь (пеленка) абсорбирующая может иметь различные технические характеристики. Размеры простыни могут быть разными: 40×60 см, 60×60 см, 60×90 см. В зависимости от размеров изделия и плотности материалов меняется впитывающая способность простыни (пеленки).</p> <p>У различных фирм-производителей существует несколько видов изделий:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ при размере 40×60 см впитывающая способность составляет 400–500 мл; ▪ при размере 60×60 см – 800–1200 мл; ▪ при размере 60×90 см – 1200–1900 мл;
	<p>Впитывающие урологические прокладки (вкладыши) и фиксирующие трусики можно использовать постоянно. Социальные показания для их использования – степень активности больного. Применяют для ухода за ходячими и малоподвижными пациентами, сохраняющими способность к самообслуживанию. Виды впитывающих урологических прокладок зависят от пола больного: существуют прокладки, предназначенные только для мужчин, только для женщин, а также для мужчин и женщин.</p>

	<p>Подгузники используют, как правило, постоянно для ухода за больными с недержанием мочи и кала. Выбор вида подгузника определяют возраст, телосложение (вес, объем талии и бедер), форма недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая), степень активности больного.</p>
	<p>Подгузники-трусы используют в тех случаях, когда необходимо поощрять или поддерживать независимость пациента. Не рекомендовано использовать трусы для лежачих больных, так как в этом положении с изделием трудно обращаться (затруднена замена подгузника). Задача такого подгузника — быть максимально незаметным для окружающих (он имитирует нижнее белье). Подгузник-трусы одевают и носят как обычное белье, он не требует дополнительной фиксации.</p>
	<p>Эластичные сетчатые штанишки для надежной фиксации прокладок. Легкие, мягкие, воздухопроницаемые, сделаны из особо прочного материала и плотно облегают тело. Многоразовые. Возможна ручная или машинная стирка при температуре не выше 60 °С.</p>

Подбор и замена абсорбирующего белья и подгузников

Абсорбирующее белье и подгузники подбирают строго индивидуально, исходя из степени выраженности ограничения способности больного к самообслуживанию и передвижению: степени его активности, его пола, возраста, телосложения, а также степени недержания мочи. Некоторые виды абсорбирующего белья (пеленки, простыни) используют при уходе периодически.

При выборе подгузников необходимо также учитывать, что отсутствие резинки на талии приводит к тому, что подгузник плохо облегает фигуру; это приводит к подтеканию мочи у активных больных, а у лежачих больных возможно подтекание мочи вдоль спины. Если липучки у подгузника узкие, они могут выдержать меньшую нагрузку на отрывание (отклеивание). Если липучки имеют одинаковую ширину, это хуже, чем когда нижняя липучка более широкая, так как именно она несет бóльшую нагрузку у «ходячих» больных. Чем больше в подгузнике целлюлозы, тем подгузник мягче и комфортнее, особенно для лежачих больных. Вместе с тем увеличение объема целлюлозы (которая представляет собой «натуральный» элемент) позволяет достигнуть одинаковой впитываемости при меньшем количестве абсорбента. У подгузника желателен наличие второго слоя целлюлозы, а также достаточно широкой центральной части, так как это именно то место, куда попадает больше всего жидкости. Если резинка в оборке закреплена на клей, он у некоторых больных может вызывать аллергию, а резинка может отклеиваться. Желательно, чтобы оборки складывались не внутрь, а наружу, так как

в этом случае они не будут прижиматься и лучше защищают от бокового протекания.

Для ухаживающего удобнее ориентироваться, если размер подгузника обозначен не полосками, а цифрами. Правильно подобранный подгузник должен плотно облегать тело человека, не провисать и не смещаться при его движении. От этого зависит эффективность и надежность использования подгузника.

Замена абсорбирующего белья

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

Смена прокладки

Надевают перчатки. Под подопечного кладут пеленку, заправив концы под матрас. Положение человека – на спине. Затем сдвигают трусики до колена. Прокладку свертывают внутрь и проводят между ног подопечного (прокладку не достают). Далее обрабатывают интимную зону сначала салфетками для интимной гигиены, а затем моющим раствором над судном, промокают кожу. После этого поворачивают подопечного на бок, убирают прокладку, сворачивая ее внутрь, и обрабатывают кожу салфетками для интимной гигиены или моют водой над судном, промокают кожу. Затем разворачивают прокладку, проводят ее между ног широкой частью спереди назад. Расправляют прокладку на ягодицах так, чтоб индикатор наполнения располагался вдоль позвоночника, фиксируют прокладку с помощью штанишек и поворачивают подопечного на спину. Расправляют переднюю часть прокладки, формируют гульфик и фиксируют прокладку штанишками. Штанишки одевают швами наружу.

Смена подгузника

Для того чтобы правильно надеть подгузник на взрослого лежачего человека, необходимо вынуть подгузник из упаковки и отогнуть все сложенные элементы, слегка растянуть, расправляя все имеющиеся складки; при необходимости скрутить или помять подгузник, что способствует лучшему прилеганию к телу и поможет избежать протекания жидкого кала и мочи. Надевают перчатки, фиксируют кровать, опускают изголовье немного ниже горизонтали во избежание скатывания клиента. Со стороны сиделки опускают боковые ограждения, а с противоположной стороны поднимают их.

Человека поворачивают налево, слегка согнув ноги в коленях. Защитную пеленку сворачивают в трубочку до половины по длинной стороне и подкладывают под спину больного (как при смене постельного белья). Клиента поворачивают на спину, расправляют свернутую часть пеленки. Проводят подмывание подопечного. Подготавливают подгузник. Вновь поворачивают больного на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подкладывают под спину так, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи

подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) – по линии позвоночника.

Поворачивают гражданина на спину, слегка согнув его ноги в коленях. Аккуратно расправляют подгузник под спиной человека. Протягивают переднюю часть подгузника между ногами человека на живот и расправляют ее. Опускают ноги человека. Последовательно застегивают нижние липучки, сначала правую, затем левую (или наоборот), плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела больного снизу-вверх. Затем закрепляют верхние липучки в направлении поперек тела больного (рис. 15).

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



Рисунок 15. Смена подгузника немобильному подопечному

1.6.3. Помощь в пользовании судном

Лежачий гражданин 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 клиента желательно отгородить ширмой, место под судно застелить непромокаемой клеенкой, судно ополоснуть теплой водой.

Частично мобильный гражданин в состоянии сам приподнять таз, согнув ноги в коленях и держась руками. Если у человека не хватает сил, следует аккуратно подвинуть руку под крестец и медленно помочь приподнять ему таз. Судно подкладывают узкой частью под крестец до совмещения отверстия судна с промежностью. По окончании опорожнения судно вынимают из-под больного аналогичным способом. Промежность клиента очищают влажной салфеткой. Все ресурсы пациента должны быть при этом максимально задействованы.

Немобильный гражданин. Фиксируют колеса кровати и надевают перчатки. Человека укладывают на бок. Судно подкладывают под человека путем его вдавливания в матрас под углом 45°. После этого человека разворачивают на спину. При этом одной рукой придерживают судно, а второй – таз подопечного. Следует убедиться в том, что судно стоит ровно. Ноги клиента должны быть согнуты в коленях (под парализованную ногу подкладывают валик). Подопечного укрывают и на некоторое время отходят. После физиологических отправлений клиента следует помыть (см. раздел «Мытье обездвиженного подопечного в постели»).

1.6.4. Гигиенический туалет стомы

Стома – это отверстие кишки, сформированное хирургическим путем после удаления всего или части кишечника, или мочевого пузыря, выведенное на переднюю брюшную стенку, предназначенное для отведения содержимого кишечника или мочи.

Гигиенический туалет стомы необходимо производить регулярно. При этом не следует бояться дотрагиваться до стомы: стома – это не рана, а уход за ней – это не перевязка. Следовательно, не нужно никаких специальных и стерильных условий для ухода за стомой и кожей вокруг нее. Если клиент лежит, необходимо приготовить непромокаемую пеленку, чтобы накрыть постельные принадлежности. Моют руки с мылом, осторожно удаляют калоприемник и выбрасывают его в специально подготовленный герметичный пластиковый пакет. Содержимое дренаруемых мешков сначала опорожняют в унитаз. Использованные калоприемники нельзя выбрасывать в унитаз. Далее стому и кожу вокруг нее промывают теплой водой и обрабатывают очистителем для кожи: это делают круговыми движениями, постепенно приближаясь к стоме (рис. 16).

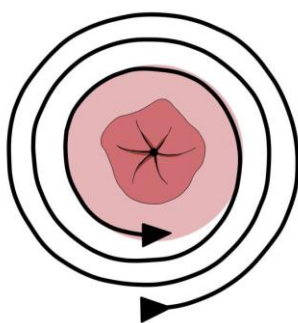


Рисунок 16. Направление движений при обработке колостомы

Для этого можно использовать мягкие салфетки. При уходе за стомой нельзя пользоваться ватой, так как оставшиеся на коже или стоме волокна ваты могут вызвать раздражение, а также будут препятствовать герметичному наклеиванию калоприемника. Не следует использовать и мыло, так как оно сушит кожу, удаляет ее естественный защитный барьер и делает ее более уязвимой для механических

повреждений и проникновения микроорганизмов. При обработке стомы и кожи вокруг нее нельзя использовать антисептические растворы и спирт. Кожу просушивают промокающими движениями мягким полотенцем или марлевой салфеткой. При возможности (если нет постоянного выделения кала) коже вокруг стомы позволяют высохнуть естественным путем на воздухе.

На кожу вокруг *эпицистостомы* (специальный катетер для выведения мочи) наносят пасту Лассара или другую мазь, рекомендованную врачом. После впитывания остатки мази удаляют с помощью салфетки.

Кожа вокруг стомы требует постоянного внимания. Она должна быть неповрежденной, чистой и сухой. На состояние кожи вокруг стомы влияют такие факторы, как уход за стомой, индивидуальные особенности кожи, а также диета и лечение.

1.6.5. Уход за катетером

Если у гражданина стоит мочевого катетер, предотвратить инфекцию мочевого пузыря не всегда удается, однако можно уменьшить вероятность ее появления. Все манипуляции проводят после тщательного мытья рук и в перчатках. Участок кожи вокруг катетера обмывают 2 раза в день водой с мылом, чтобы избежать раздражения и развития инфекции. После каждого опорожнения кишечника подмывают клиента. После подмывания легкими движениями тщательно обсушивают кожу. Женщинам при подтирании после опорожнения кишечника, обмывания и обсушивания промежности движения проводят спереди назад, чтобы микроорганизмы из прямой кишки не попадали в катетер и мочевые пути.

Катетеризация мочевого пузыря – манипуляция, при которой в его полость через мочеиспускательный канал вводят полую трубку, по которой происходит отток мочи. Эту процедуру выполняют при различных заболеваниях мочеполовой системы, включая и экстренные мероприятия по эвакуации накопившейся мочи. Катетеризацию у мужчин и женщин проводит только опытный медицинский персонал. Предотвращение инфекций – важная часть ухода за пациентом. Все манипуляции проводят со строгим соблюдением правил и норм гигиены. При уходе внимательно наблюдают за кожей и содержимым мочевого накопителя.

Для освобождения мочевого дренажного мешка проводят следующие манипуляции:

- моют руки;

- надевают перчатки;

- ставят мерную емкость для сбора мочи под отводной трубкой дренажного мешка;

- освобождают отводную трубку от держателя;

- открывают зажим трубки;

сливают мочу в емкость (отводная трубка не должна прикасаться к стенке емкости для сбора мочи);
закрывают зажим;
протирают конец отводной трубки тампоном, смоченным спиртом 70° (двукратно);
закрепляют отводную трубку в держателе;
снимают перчатки.
Следует убедиться в том, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты (рис.17).



Рисунок 17. Мочевой мешок дренажный

Мочеприемник опорожняют через каждые 3–4 часа и ежедневно промывают водой.

Мочеприемник всегда должен находиться ниже уровня мочевого пузыря. Если из-под катетера начинает подтекать моча, появляются боли в животе и чувство распирания, в моче заметны кровь или хлопья, необходимо немедленно сообщить об этом врачу. Если катетер засорился или причиняет боль, об этом также немедленно сообщают врачу. Категорически нельзя тянуть за катетер. Отсоединять катетер следует только для его промывания или замены, а также для опорожнения мочеприемника.

Гражданин должен чаще пить для того, чтобы моча была менее концентрированной. Рекомендованы соки, предпочтительно клюквенный, способствующий предупреждению инфицирования. Регулярно осуществляют уход за промежностью (спереди назад) с последующим просушиванием кожи. Наблюдают за состоянием кожи промежности, количеством выделенной мочи, ее цветом, прозрачностью и запахом.

1.7. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УХОДЕ ЗА КОЖНЫМ ПОКРОВОМ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА

1.7.1. Причины возникновения пролежней

Пролежни – это повреждения кожи и подлежащих тканей, которые возникают вследствие сдавливания тканей при длительном контакте с твердой

поверхностью (кроватью, инвалидным креслом, шиной и др.) Пролежни появляются в результате обескровливания и омертвления тканей в месте сдавливания кожи.

Основные причины возникновения пролежней: сдавливание кровеносных сосудов, некавалифицированный уход, давление на кожу.

1) Сдавливание кровеносных сосудов

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

2) Некавалифицированный уход

Другая причина образования пролежней – некавалифицированный уход вследствие неправильного выполнения различных манипуляций с лежачим клиентом. К таким манипуляциям относят подтягивание и переворачивание клиента в постели, смену и вытаскивание из-под клиента мокрого белья, подкладывание под клиента 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 клиентов, 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.

3) 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).

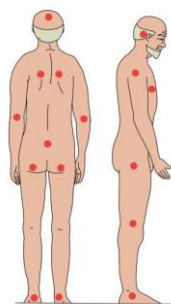


Рисунок 18. Участки тела, наиболее подверженные образованию пролежней

Как видно из рисунка 16, 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. Клиент не чувствует или не в состоянии поменять свое положение. Продолжительность давления – решающий фактор возникновения пролежней. В зависимости от состояния клиента, 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).

4) *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 клиента в кровати, когда сдвигают нижние ткани кожи (появляются разрывы, сужение и даже перекрытие кровеносных сосудов).

Аналогичные эффекты вызывает нарушение кровообращения кожи вследствие анемии, при сердечной недостаточности и сахарном диабете, в результате которого нарушен обмен веществ. Немобильность, невозможность самостоятельно поменять 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.

1.7.2. Классификация пролежней

Пролежни имеют несколько стадий:

I стадия – заметное покраснение кожи (эритема), которая не исчезает после смены положения тела пациента;

II стадия – видимое истончение кожи на фоне эритемы, возникновение пузыря;

III стадия – повреждение кожи и мышечной ткани;

IV степень – видимый распад кожи и мышечной ткани (некроз).

I стадия – визуально характеризуется наличием венозной эритемы, которая является результатом затрудненного оттока крови от локального участка. Цвет венозной эритемы – красно-синюшный, в отличие от артериальной эритемы, которая имеет ярко-красный цвет. Местная температура венозной эритемы соответствует температуре кожи или немного ниже, а артериальная эритема теплая на ощупь. Венозная эритема над выступающими костными участками тела человека без нарушения целостности кожи – наиболее важный признак пролежня первой степени;

II стадия – визуально характеризуется истончением эпидермиса (верхнего слоя кожного покрова) с последующим шелушением и образованием пузырьков. Патогенез включает следующие стадии: венозный застой вызывает нарушение питания и иннервации участка ткани, накоплению избытка жидкости в коже, набуханию (мацерации) и разрыву клеток эпидермиса. Поверхностные повреждения кожи в виде истончения и шелушения эпидермиса, нарушения целостности и мацерации (увлажнения) – наиболее важные признаки второй степени пролежня;

III стадия – визуально определяется, как рана с нагноением (обсеменение микрофлорой) или без нагноения. Вовлечение в патологический процесс глубоких слоев кожи, подкожной клетчатки, мышц с гнойным воспалением, а также начинающиеся процессы некроза (отмирание тканей) – наиболее важные признаки пролежня III степени;

IV стадия – визуально характеризуется локальной полостью или дефектом, образованным в результате распада (некроза). Некротизированная полость и ее расширение за счет воспаления стенок – наиболее важные признаки пролежня IV степени.

1.7.3. Уход за маломобильными гражданами с пролежнями

1) Уход за пролежнями

Во время ухода за пролежнями, прежде всего, необходимо:

освободить место пролежня от давления;

строго соблюдать питьевой режим;

строго придерживаться всех назначений и рекомендаций врачей.

Необходимо помнить, что не следует сушить пролежни, смазывать их спиртосодержащими средствами, прижигать их или закрашивать раствором бриллиантовой зелени. Следует избегать любого контакта пролежня с пластиком.

Важно помнить, что ведение документации – залог эффективности лечения, поскольку это способствует распознаванию рисков и составляет основу для планирования необходимых профилактических мер. В документации фиксируют

все, что касается пролежней: их описание, точную локализацию, величину, размер некротической ткани (наличие в ней налетов, цвет, глубину).

2) Профилактика 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. После продолжительного исполнения запланированных мероприятий необходима проверка эффективности программы профилактики пролежней для ее возможной корректировки.

Алгоритм профилактики и ухода за пролежнями включает:

оценку риска возникновения пролежней;

прогноз возникновения пролежней;

планирование ухода;

реализация программы ухода;

оценка эффективности изменений состояния пролежней.

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 клиента 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, избыточная влажность, сухость), изменение целостности. Необходимо помнить, что красное пятнышко уже может быть пролежнем.

Важное мероприятие ухода за кожей – ее защита от длительного воздействия кала или мочи. При сухой коже используют крем «вода в масле», а при жирной – «масло в воде». В соответствии с современными подходами, не следует

использовать чистые жиры, такие как вазелин, детское жидкое масло (это нарушает физиологический тепловой и газообмен). Места, где кожа соприкасается с кожей (естественные складки), всегда должны быть сухими. Особое внимание уделяют питанию, оно должно включать достаточное количество жидкости, витаминов и белков.

ГЛАВА II. ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

2.1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

К техническим средствам реабилитации (ТСР), предназначенным для маломобильных граждан, относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида⁵.

2.1.1. Группы технических средств реабилитации

Группы технических средств реабилитации (ТСР) включают:

специальные средства для самообслуживания (трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни);

специальные средства для ухода (противопролежневые матрасы и подушки; медицинские термометры и тонометры с речевым выходом; специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники); абсорбирующее белье, подгузники);

специальные средства для ориентирования, общения и обмена информацией (включая собак-проводников с комплектом снаряжения, слуховые аппараты; сигнализаторы звука; телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами; телефонные устройства с текстовым выходом; голосообразующие аппараты; Брайлевский дисплей, программное обеспечение экранного доступа и т.д.)

специальные средства для обучения, образования и занятий трудовой деятельностью (включая литературу для слепых);

протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);

специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь (специальные устройства, снаряды и приспособления, необходимые для занятий спортом и реабилитационных занятий).

⁵ Наиболее полный спектр ТСР представлен в приложении к настоящим Методическим рекомендациям.

специальные средства для передвижения (кресла-коляски; кресла-стулья с санитарным оснащением и др.).

2.1.2. Назначение и порядок выдачи технических средств реабилитации

Лицам с инвалидностью гарантируется получение технических средств реабилитации, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, за счёт средств федерального бюджета.

Решение об обеспечении маломобильных граждан ТСР принимается при медицинских показаниях и противопоказаниях, которые устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления маломобильному гражданину ТСР, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений их жизнедеятельности.

Обеспечение инвалидов ТСР осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПРА). ТСР, предоставленное инвалиду, передается ему бесплатно в безвозмездное пользование и не подлежит отчуждению в пользу третьих лиц, в том числе продаже или дарению.

Назначение инвалидам определенных видов ТСР, наряду с реабилитационными мероприятиями и услугами, предусмотренными федеральным перечнем, осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ) в индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида (ИПРА).

Вне рамок ИПРА обеспечение инвалидов ТСР за счет средств федерального бюджета производиться не может.

Для разработки ИПРА инвалида по обеспечению ТСР необходимо обращаться в медицинскую организацию (поликлинику по месту жительства) для получения направления на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у), а затем в органы МСЭ.

После оформления ИПРА необходимо обратиться в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (ФСС) с заявлением для постановки на учет и обеспечения за счет средств федерального бюджета необходимыми ТСР или выплаты компенсации за самостоятельно приобретенные технические средства реабилитации (или подать соответствующие документы в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг).

Срок пользования ТСР исчисляется с даты предоставления его гражданину. В случае самостоятельного приобретения ТСР срок пользования исчисляется с даты его приобретения согласно документам, подтверждающим расходы.

Замена ТСР осуществляется:

по истечению установленного срока пользования, за исключением изделий, вошедших в перечень;

при невозможности осуществления ремонта или необходимости досрочной замены, что подтверждено заключением медико-технической экспертизы, в порядке, установленном Приказом Минтруда от 30.08.2019 № 605н.

Если рекомендованное ТСР входит в перечень, утвержденный Приказом Минтруда России от 23.07.2019 № 521н, то необходимость его замены (и/или ремонта, и/или выплаты компенсации, и/или дальнейшего использования) принимает экспертная комиссия. Для прохождения Комиссии необходимо обратиться в региональное отделение ФСС с заявлением для проведения медико-технической экспертизы и предоставить комиссии средство реабилитации (изделие) для экспертной оценки.

Выданные ТСР сдаче не подлежат. Если лицо с ОВЗ приобрело ТСР или оплатило указанную услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости приобретенного ТСР и (или) оказанной услуги, но не более стоимости соответствующего ТСР и (или) услуги, предоставляемых региональным отделением. Срок пользования ТСР исчисляется с даты его приобретения согласно документам, подтверждающим расходы.

Отказ от обеспечения ТСР и (или) услугой по его ремонту не дает лицу с ОВЗ права на получение компенсации в размере их стоимости.

Услуга пользования ТСР предоставляется при предъявлении паспорта, СНИЛС и медицинского подтверждения о нуждаемости в ТСР (медицинская справка, медицинская выписка, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (далее ИПРА)). После чего оформляются необходимые документы: заявление, согласие о предоставлении и обработке персональных данных, договор, квитанция об оплате.

Прокат ТСР предоставляется бесплатно только в том случае, если ТСР прописано у инвалида в ИПРА, предоставляется на период его ожидания в получении на постоянное пользование.

Специалисты по работе с семьей отделения социального сопровождения граждан проводят консультации граждан по получению специальных средств ухода и технических средств реабилитации, помогают подобрать и испытать нужное средство, а также знакомят заинтересованных лиц с порядком получения технических средств реабилитации. Данные консультационные услуги предназначены, в первую очередь, для инвалидов и неработающих граждан пожилого возраста без группы инвалидности, постоянно проживающих на территории автономного округа.

2.2. СРЕДСТВА МАЛОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ МОБИЛЬНОСТИ В ПРЕДЕЛАХ КРОВАТИ

2.2.1 Вспомогательные средства малой реабилитации

Средства малой реабилитации включают вспомогательные средства для создания определенного положения больного в постели – это, прежде всего, средства, позволяющие уменьшить нагрузку на определенные части тела лежащего больного (табл. 6).

Таблица 6 – Средства малой реабилитации в пределах кровати

Название	Предназначение/описание	Изображение
Опорная рамка (подставка под спину)	Используют для того, чтобы приподнять верхнюю часть тела больного при одышке, а также во время приема пищи, приема посетителей	
Кроватный тросик	С его помощью больной может сам приподниматься в постели	
Подколенный валик	Служит для расслабления мускулатуры	
Скользящие коврики	Облегчают перемещение больного по постели	
«Подушка-банан»	Используют для придания стабильного и удобного положения тела в постели	
Противопролежневые матрасы	Применяют для предотвращения появления пролежней	

2.2.2. Транспортировка маломобильного гражданина в пределах кровати при различных видах ограничения мобильности

Начиная перемещение маломобильного гражданина, необходимо четко представлять себе ответы на следующие вопросы:

какова масса человека;

каково состояние человека;

какова цель перемещения человека;

какие вспомогательные средства имеются в наличии для перемещения человека;

какой способ передвижения человека наиболее оптимален, исходя из ответов на вышеперечисленные вопросы;

сколько специалистов могут участвовать в перемещении человека;

кто выполняет роль лидера, если в перемещении заняты более двух человек.

Ниже приведены положения тела маломобильного человека в пределах кровати, последовательность смены положения тела человека и поддержание его мобильности, а также алгоритмы позиционирования.

Положение ровно на спине (рис. 19). Это положение, как правило, используют для позиционирования граждан, перенесших черепно-мозговые травмы, операции на позвоночнике и переломы шейки бедра. Для такого позиционирования необходимо установить ложе кровати в ровном положении, использовать маленькие подушки и применять упор для ног.



Рисунок 19. Положение ровно на спине

Положение на спине с подколенным роликом (рис. 20). Это положение подходит для расслабления мышц живота, уменьшения болей в области живота и позиционирования подопечного при повреждении брюшной полости. Необходимо все то же, что и для размещения подопечного в положении «ровно на спине», а также подколенный ролик.



Рисунок 20. Положение на спине с подколенным роликом

Поворот из положения на спине в положение на животе (рис. 21). Уберите подушку из-под головы человека. Разогните ближнюю руку больного в локте и прижмите ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро. Возьмите

человека за бедро (ближе к колену) и плечо, уверенным движением «перевалите» подопечного через его руку на живот.

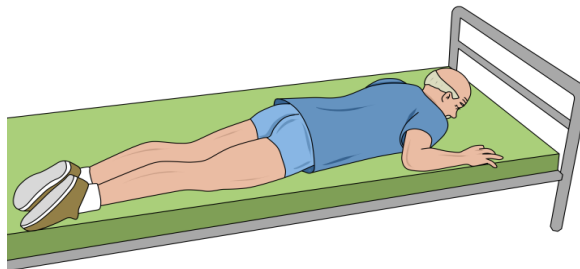


Рисунок 21. Положение на животе

Для того чтобы уложить человека по центру кровати, необходимо подвести одну свою руку ладонью вверх под талию больного, вторую руку просунуть под ягодицами пациента в области бедер и зафиксировать ладонь в области тазобедренного сустава. Затем следует выдвинуть подопечного (как на саночках) вперед на себя так, чтобы он оказался в центре кровати.

Для окончания позиционирования поверните голову человека на бок и положите под нее низкую подушку. Чтобы уменьшить напряжение в области поясницы или давление на грудь (у женщин), подложите небольшую подушку под живот немного ниже уровня диафрагмы. Согнув в локтях руки больного, поднимите их так, чтобы кисти располагались рядом с головой. Для того чтобы стопы не выворачивались наружу, подложите под голени и голеностопные суставы подушку. Убедившись в том, что человек лежит удобно, поднимите боковые поручни кровати.

Положение сидя в кровати (рис. 22). Необходимо зафиксировать кровать и привести ее в горизонтальное положение. Человек должен лежать по центру кровати. Повернув человека на бок, необходимо подложить подушку-ролик или «подушку-банан» (концами вверх) под ягодицы для предотвращения скатывания вниз. Далее человека поворачивают на спину. Поднимают изголовье кровати под углом 45 – 60°. В таком положении человек чувствует себя комфортнее, ему легче дышать и общаться с окружающими. Если приподнять головной конец кровати до 90° – это будет оптимальный вариант для приема пищи.

При наличии нефункциональной кровати, усадив человека с помощью специалиста (помощника по уходу), под спину подкладывают подушки, начиная с поясницы, увеличивают их высоту к голове или используют подставку под спину. Под голову подкладывают небольшую подушку, чтобы предупредить сгибательную контрактуру шейных мышц при поднятии кровати на 60°. При поднятии изголовья на 90° подушку подкладывать не следует.

Если человек не в состоянии самостоятельно двигать руками, под них подкладывают подушки для предупреждения вывиха плеча вследствие растяжения капсулы плечевого сустава под воздействием направленной вниз силы тяжести руки и предупреждения сгибательной контрактуры мышц верхней конечности (при

использовании «подушки банана» оба конца «банана» протягивают вдоль тела и подкладывают под руки). Под нижнюю треть голени человека подкладывают небольшую подушку для предупреждения длительного давления матраса на пятки.

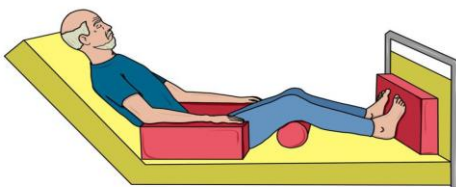


Рисунок 22. Положение сидя в кровати

Положение 30° на боку (рис. 23). Человек лежит на боку, за его спину подкладывают небольшие подушки. Одну подушку укладывают под бедро до ягодиц, вторую – от ягодиц до плеча (само плечо остается свободным, иначе могут возникнуть боли). Человека вновь кладут на спину, но уже на подушки. Это положение обычно используют при ровном ложе кровати и считают правильно выполненным, если видны уши пациента. Обе руки можно выпрямить вперед или сложить на груди. Позвоночник остается ровным; голова, грудная клетка, бедра и ноги – на одной линии. Под голову кладут маленькую подушку. Рука проходит свободно под крестцом и копчиком, ноги лежат рядом, пятки свободны. Положение следует каждые 2 ч менять слева направо.

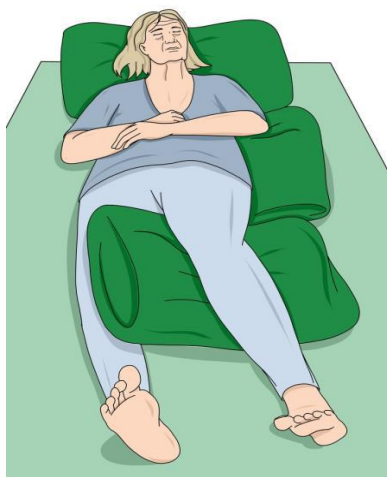


Рисунок 23. Положение 30° на боку

Положение 90° на боку (рис. 24) не используют как позиционирование человека в черед сменяемых положений для профилактики пролежней, поскольку оно связано с наличием большого давления на бедро. Это положение рекомендовано при гемиплегии, после операции на легких. Для позиционирования в этом положении необходимо установить ложе кровати в ровное положение и использовать маленькие подушки для подкладывания под шею, спину и стопы.

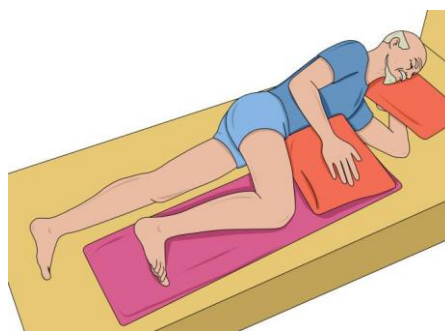


Рисунок 24. Положение 90° на боку

Положение 135° на боку (рис. 25). Изголовью постели придают горизонтальное положение. Человека кладут на спину. Поочередно передвигая части тела (ноги, плечи, голову, таз), пациента кладут на край кровати (на левый край, если необходимо положить пациента на правую сторону, и на правый край, если необходимо положить пациента на левую сторону). Руку человека, которая находится в центре кровати, подкладывают под бедро ладонью вверх. Рядом с человеком кладут подушку так, чтобы затем грудь и бедра легли на нее. Человека поворачивают в положение лежа на боку и частично – на животе. Под голову человека кладут подушку для предотвращения бокового сгибания шеи. Под согнутую «верхнюю» руку подкладывают подушку на уровне плеча, другую руку кладут на матрас. Все это способствует надлежащему выпрямлению тела человека и предотвращает внутреннюю ротацию плеча. Для предотвращения внутреннего вращения бедра и перегибания ноги под согнутую «верхнюю» ногу подкладывают подушку так, чтобы она оказалась на уровне бедра. Кладут маленькую подушечку у подошвы ноги, обеспечив тем самым профилактику ее отвислости. Проверяют прямооту тела пациента. Выясняют у пациента, удобно ли ему.



Рисунок 25. Положение 135° на боку

2.3. СРЕДСТВА МАЛОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ МОБИЛЬНОСТИ ПРИ ПОКИДАНИИ КРОВАТИ

2.3.1. Вспомогательные средства малой реабилитации маломобильных граждан, используемые при покидании кровати

Средства малой реабилитации содействия мобильности при покидании кровати и транспортировке отличаются от тех, которые применяют для изменения положения тела в постели. Подбор необходимых средств производят индивидуально для каждого пациента. Необходимо обеспечить соответствие средств возможностям подопечного, безболезненное и безопасное передвижение, а также реализацию основной цели ухода – максимальное использование имеющегося потенциала самостоятельности подопечного.

Ниже приведены основные средства малой реабилитации, используемые для содействия мобильности лиц при покидании кровати (табл. 7).

Таблица 7 – Средства малой реабилитации, используемые при покидании кровати лицами, получающими уход

Название	Предназначение/описание	Изображение
Подъемник	Предназначен для поднятия и перемещения лежащих больных из кровати, кресла, а также для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Поднимает больного от пола до высоты 90 см	
Доска для перемещения	Функциональное приспособление для перемещения пациента, который не в состоянии передвигаться на собственных ногах. Во время перемещения больного доску располагают одним концом близко к пациенту, а другим – рядом с местом, куда больной должен пересечь, например, к сиденью кресла. Использование такой доски, во-первых, уменьшает нагрузку на помощника, а, во-вторых, позволяет пациенту в силу своих возможностей участвовать в перемещении, физически тренируя его и помогая почувствовать себя более самостоятельным	

Рукав для перемещения	Предназначен для облегчения перемещения в положении лежа. Выполнен из материала, стороны которого имеют разный коэффициент скольжения, что препятствует соскальзыванию и облегчает скольжение внутренних поверхностей изделия	
Пояс для перемещения	Предназначен для облегчения перемещения в положение сидя на краю кровати, в положение сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно, а также с одного приспособления для сидения на другое), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя	
Диск для перемещения	Предназначен для облегчения поворота при перемещениях. С помощью него можно осуществить поворот на угол от 0° до 360° в положении сидя и при пересаживании	
Круг противопролежневый	Применяют для профилактики пролежней в области крестца, на ягодицах, а также при лечении пролежней в данных областях для разгрузки поврежденной поверхности и ускорения заживления	

При пересаживании человека без использования дополнительных вспомогательных средств для перемещения необходимо убедиться в том, что у человека удобная, устойчивая, не скользящая обувь, а также проинформировать человека о предстоящей манипуляции и получить его согласие.

1) Пересаживание человека из кровати на стул/коляску

Если необходимо пересаживание в коляску, в первую очередь необходимо зафиксировать кровать. Далее следует объяснить человеку план перемещения и посадить его в кровати так, чтобы его ноги касались пола. После этого ставят стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная. Если человека перемещают на кресло-каталку, предварительно необходимо убрать подлокотник, подставки для ног и зафиксировать тормоза. Колени человека должны быть согнуты, спина выпрямлена. Одну руку подкладывают под плечи подопечного, а другую – под его бедра. Человек обнимает предоставляющего уход за талию или за плечи (не за шею!), а он продевает свои руки под руками подопечного, наклоняясь вперед. Когда человек

будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, ноги стоять на полу, а пятки быть слегка повернутыми в направлении движения (рис. 26).



Рисунок 26. Человек готов к перемещению

Далее специалист (помощник по уходу, родственник), осуществляющий уход, должен произвести следующие действия:

встать как можно ближе к человеку;

поставить свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями подопечного, а другую – по направлению движения;

согнуть свои колени, напрячь мышцы живота и ягодиц, спину держать только прямо;

предупредить человека, что на счет «три» он получит поддержку для того, чтобы встать;

на каждый счет («один», «два») слегка покачиваться вперед и назад для создания инерции;

на счет «три», прижимая человека к себе и держа спину прямо, поднять человека, используя свое тело, как рычаг. При повороте не смещать свои ноги, разворачиваться на пятках. Поворачиваться одновременно с поворачиванием тела человека до тех пор, пока его спина не займет положение точно перед креслом-каталкой (рис. 27);



Рисунок 27. Поднятие человека на счет «три»

осторожно опустить человека в кресло, согнув колени, но держать спину прямо (рис. 28);

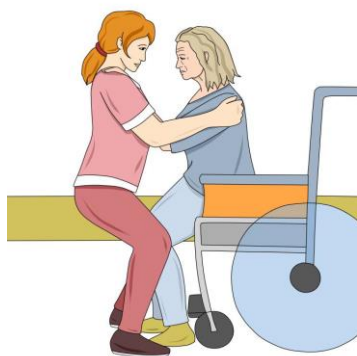


Рисунок 28. Опускание человека в кресло

после этого установить подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместить ноги подопечного.

2) Пересаживание человека с помощью доски

Кресло или стул необходимо придвинуть вплотную к кровати и поставить их на тормоза. С кресла снимают подлокотник со стороны кровати и ступеньки. Человек должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него. Человека просят перенести вес собственного тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу. Один конец доски подкладывают ему под ближайшую к коляске ягодицу. Затем встают перед человеком и обхватывают его немного ниже талии. Человек обхватывает ухаживающего за ним человека за плечи или талию (не за шею!). Лицо, осуществляющее уход, подталкивая человека, передвигает его по доске к креслу, но не поднимает его вес. Человек должен просто скользить по доске до того момента, пока не окажется в кресле. После этого из-под человека вытаскивают доску, а его ноги ставят на подставки коляски (рис. 29).

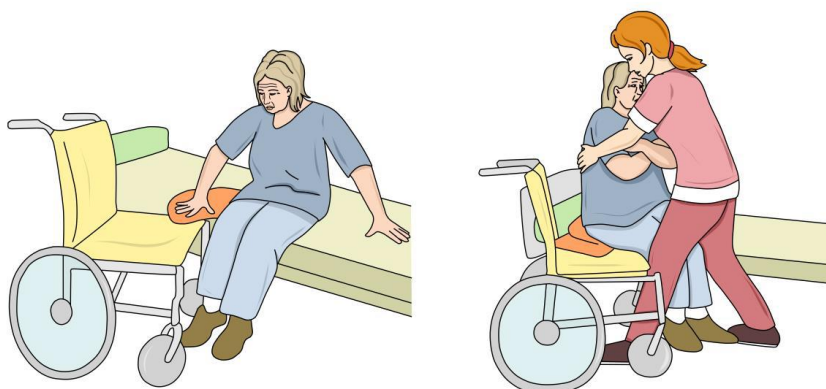


Рисунок 29. Пересаживание человека с помощью доски

Частично мобильные граждане могут использовать доску для пересаживания самостоятельно. Обязательные условия – информированность человека

относительно последовательности действий при пересадке из кровати на стул с помощью пересадочной доски, проведение тренировок под наблюдением лица, осуществляющего уход. Только после окончательного усвоения человеком алгоритма действий возможно самостоятельное использование пересадочной доски. Для этого человек одной рукой должен опереться на кровать, а другой – на свободный край доски. Ноги должны находиться в постоянном контакте с полом. После каждого движения (скольжения) по доске необходимо найти баланс, переставить обе ноги, затем снова совершать маневр транспортировки (рис. 30).



Рисунок 30. Самостоятельное использование доски человеком

При использовании пересадочной доски для передвижения ослабленных граждан или лиц со значительной степенью беспомощности возможно ее применение в комплекте с пересадочным (транспортировочным) поясом. Это создает оптимальные условия безопасности при пересаживании (рис. 31).

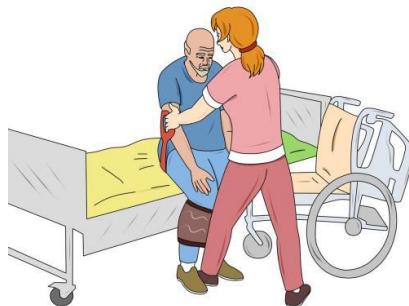


Рисунок 31. Использование пересадочного пояса

3) Пересаживание человека с помощью вращающегося диска

Диск для поворота – приспособление, которое позволяет легко развернуть человека в любую сторону на нужный угол. Существуют два вида дисков – напольные и мягкие. Конструктивно оба варианта имеют в основе один принцип. Диск состоит из двух скрепленных частей, между которыми находится специальная скользящая прослойка. Скользящий элемент позволяет поворачиваться частям диска относительно друг друга на 360°. С помощью мягкого диска можно без усилий повернуть сидящего больного, держа его руки (рис. 32).



Рисунок 32. Напольный вращающийся диск

Напольный вращающийся диск позволяет повернуть человека при пересаживании из кровати на кресло и наоборот, осуществляя следующую последовательность действий:

спустить ноги человека на поверхность диска;

обхватить его за талию руками;

ногой повернуть поворотную поверхность диска на нужный угол.

Это простое приспособление позволяет без особого труда и риска для собственного здоровья поворачивать человека весом до 135 кг. Самостоятельное использование человеком вращающегося диска недопустимо, поскольку это связано со слишком большим риском падения.

Не следует также производить транспортировку на вращающемся круге в комбинации с использованием пересадочного пояса, так как при этом возрастает опасность потери баланса и падения.

Пересадочный пояс можно использовать только в том случае, если он надет на человека, предоставляющего уход, а человек за него держится.

Если колени человека ограничены в движении и существует опасность раздвигания ног при транспортировке, можно обе ноги подопечного перед использованием диска зафиксировать поясом (рис. 33).



Рисунок 33. Фиксация ног человека поясом перед использованием напольного вращающегося диска

4) Пересаживание человека с помощью пояса

Пояс для перемещения человека – простое и удобное средство, которое можно использовать при подъеме и перемещении неходячих и малоподвижных людей. Подъем человека за одежду крайне неудобен, а при поднятии подопечного за подмышку можно причинить ему боль.

Применяют два вида поясов для перемещения маломобильных: для поднятия ног человека и для его перемещения.

Пояс для поднятия ног человека крепят на его ногах, он помогает поднимать и опускать ноги при пересаживании человека. С помощью этого пояса можно при необходимости посадить человека в автомобиль и помочь ему выйти из него.

Пояс для перемещения крепят на талии. С его помощью можно без особого труда поднять человека из сидячего или лежачего положения. Такие пояса могут иметь застежку из пластика или застежку-липучку, которые позволяют надежно зафиксировать пояс на талии человека. При пересаживании человека в коляску с помощью пояса используют ранее рассмотренный алгоритм. Разница состоит лишь в том, что специалисту, предоставляющему уход, не нужно обхватывать пациента руками: он может держать человека за ремешки пояса, одетого на человека.

При другом варианте использования пояса его надевает на себя ухаживающий. Гражданин в этом случае не обхватывает его за талию или плечи, а держится за ремни пояса, помощник же обхватывает руками человека ниже талии.

Существует также вариант пересаживания с использованием двух поясов: пояса надевают и человек, и ухаживающий специалист (родственник). При этом человек держится за ремни пояса на ухаживающем, а ухаживающий держит ремни на поясе пациента (рис. 34).



Рисунок 34. Пересаживание человека с помощью двух поясов

5) Пересаживание с помощью лифта

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

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

Подъемник представляет собой П-образную опору на саморегулируемых колесах, к которой прикреплена прочная штанга. На конце штанги расположена поперечная переключательная с крючками (рис. 35).



Рисунок 35. Конструкция подъемника

За крючки подвешивают мягкий подвес, предназначенный для размещения человека. Подвес (люльку) изготавливают из моющегося материала, допускающего многократную дезинфекцию (рис. 36).



Рисунок 36. Подъемник с подвесом (люлькой)

Подъемники различаются грузоподъемностью, типом привода и набором функций. По грузоподъемности подъемник может быть обычным и усиленным (для подъема людей с большой массой тела).

По типу привода подъемники разделяют на гидравлические и электрические. Во втором случае подъем происходит с помощью электромотора на аккумуляторной батарее. Электрическим подъемником управляют с помощью пульта.

Помимо мобильных подъемников на колесах, существуют статичные подъемники, которые крепят к стене того помещения, где их используют постоянно на ограниченном пространстве.

б) Перемещение человека из кровати в кресло

Для перемещения человека из кровати в кресло необходимо перевернуть его на бок или помочь перевернуться самостоятельно. После этого подвес подкладывают под спину как можно дальше и собирают в небольшие складки. Далее человека вновь переворачивают на спину и вытягивают подвес, с другой стороны. Важно убедиться, что лямки подвеса расположены под бедрами человека.

Следующий этап – закрепление лямки на поперечной перекладине подъемника. Если предполагают просто перемещение человека, необходимо

закрепить лямки, скрестив их, а в случае, когда планируют проведение гигиенических процедур, скрещивать лямки подвеса при их закреплении на поперечной перекладине не требуется.

После этого необходимо слегка приподнять человека и проверить надежность крепления. Если все в порядке и человек чувствует себя комфортно, можно поднять подвес и медленно переместить подъемник к нужному месту (к креслу или ванне). По прибытии человека опускают, отсоединяют подвес и отодвигают подъемник. Лишь после этого можно убрать подвес из-под человека.

2.3.2. Транспортировка при различных видах ограниченной мобильности

При различных видах ограниченной мобильности или даже в случае полной обездвиженности невозможно обойтись без транспортировки и перемещения граждан. При составлении индивидуального плана ухода выявляют ресурсы и дефициты, а также актуальные и потенциальные проблемы человека. Затем с учетом рисков ставят цели и планируют помощь человеку с ограниченной мобильностью при передвижении.


Человек, имеющий ограничения мобильности, при передвижении (ходьбе) нуждается в средствах малой реабилитации, подбор которых проводят индивидуально.

Приводим основные средства малой реабилитации, используемые в процессе содействия мобильности (табл. 8).

Таблица 8 – Основные средства малой реабилитации, используемые в процессе содействия мобильности

Название	Предназначение/описание	Изображение
Подъемник	Предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных из кровати, кресла, для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Возможен подъем больного от уровня пола до высоты 90 см	
Люлька для подъемника	U-образный подвес состоит из прямоугольного основания и двух лямок. Лямки пропускают между ног и крепят к крючкам поперечной перекладины подъемника. Ножные лямки перекрещивают	

<p>Кресло-каталка</p>	<p>У больного, не способного самостоятельно передвигаться, имеется ежедневная потребность в передвижении для посещения душа, туалета, прогулки и др. Каталки подходят и для домашнего использования (габариты каталок позволяют использовать их в небольших квартирах)</p>	
<p>Ходунки</p>	<p>Ходунки – устройство для облегчения самостоятельного передвижения маломобильных людей. Для удобства существуют фиксированные и «шагающие» модели, а также на колесиках (роллаторы). Ходунки помогают поддерживать равновесие и устойчивость в вертикальном положении, переносить вес тела на руки, разгрузив нижние конечности</p>	
<p>Пояс для перемещения</p>	<p>Предназначен для облегчения перемещения в положении сидя на краю кровати, в положении сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно, а также с одного приспособления для сидения на другое), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя</p>	
<p>Костыль</p>	<p>Костыль с опорой под локоть двойной, регулируемый. Удобные легкие костыли с опорой под локоть имеют регулируемую длину от пола до рукояти и от рукояти до опоры под локоть</p> <p>Подмышечные костыли. При использовании таких костылей следует помнить о том, что во избежание повреждения подмышечной области массу тела следует переносить на руки, а не на подмышки; необходимо также поддерживать широкую базу для опоры даже во время отдыха Костыли должны находиться примерно в 10 см от края и впереди ноги. Необходимо учитывать два параметра: общую высоту костыля от наконечника до подмышечной опоры и высоту перекладины для опоры кисти. Для правильной примерки костыля необходимо его поставить вдоль тела и упереть в пол на 15–20 см в сторону от стопы. Расстояние между подмышечной впадиной и костылем должно составлять около 4–5 см.</p>	

<p>Трость</p>	<p>При использовании трости необходимо подбирать ее высоту так, чтобы локоть был согнут под углом 15–20°. Если предполагают использование трости в обуви с каблуками различной высоты, лучше применять регулируемую трость. Ручку с большим диаметром удобнее держать долгое время.</p>	
----------------------	---	---

1) Транспортировка человека на кресле-каталке

Кресло-коляска – средство передвижения для людей, не имеющих возможности двигаться как временно (из-за болезни), так и из-за инвалидности, но способных находиться в сидячем положении. Это устройство транспортировки людей с затруднением передвижения, которое можно использовать в пешеходных зонах, для транспортировки больного внутри помещения, однако нахождение подопечного в коляске должно быть ограничено по времени.

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

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

Подъем на высокий бордюр, когда невозможно заехать передними колесами, наклонив коляску, также осуществляют обратным ходом. Следует развернуть коляску, подъехать вплотную к бордюру, предупредить клиента о предстоящем маневре, наклонить коляску назад и затянуть ее на бордюр. Далее необходимо отъехать назад, чтобы коляску можно было поставить на четыре колеса. После этого можно развернуться и продолжить движение (рис. 36).



Рисунок 36. Подъем на высокий бордюр

Если препятствие не очень высокое, его можно преодолеть, не разворачиваясь, т.е. заехать передними колесами. Нажмите ногой на перекладину, чтобы передние колеса поднялись до уровня бордюра. Затем двигайте коляску вперед, пока задние колеса не упрутся в бордюр и затем преодолеют его (рис. 37).



Рисунок 37. Подъем на бордюр передними колесами

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

2) Передвижение человека с ходунками

На ранних стадиях реабилитации рекомендовано использование традиционных ходунков на четырех ножках, поскольку они обеспечивают самый высокий уровень устойчивости. Если пациент сильно ослаблен и ему сложно приподнимать ходунки, можно рассмотреть вариант ходунков с передними колесами и облегченной рамой. В качестве дополнительной опоры при ходьбе удобнее пользоваться роллаторами, позволяющими передвигаться достаточно быстро как в помещении, так и на улице.

Ходунки – приспособления реабилитации для людей с ограниченными возможностями (рис. 38). Ходунки предназначены для самостоятельного

передвижения людей с проблемами опорно-двигательного аппарата и бывают следующих видов:

нешагающие ходунки человек ставит их перед собой и, опираясь на раму, двигается внутри рамы, переставляя всю конструкцию ходунков;

шагающие ходунки позволяют передвигаться поочередно, переставляя раму, делая шаги вместе с человеком;

универсальные ходунки могут быть как фиксированными, стационарными, так и шагающими.

Особая потребность в ходунках возникает на этапе реабилитации, когда человек физически окреп и может уже частично контролировать мышцы ниже уровня поражения и пробовать ходить. При передвижении ходунки помогают держать равновесие и обеспечивают устойчивость.

Дополнительная возможность для ходунков – использование колесиков. Для клиентов с ослабленными руками могут подойти ходунки с передними колесами, поскольку их не нужно приподнимать и переставлять, а просто подталкивать.



Рисунок 38. Ходунки

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

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

3) *Транспортировка с помощью подъемника*

При использовании подъемника для перемещения клиента важно совершать действия в определенной последовательности и следовать правилам техники безопасности, поскольку от этого зависит безопасность подопечного (рис. 39). Перед первым перемещением следует подробно рассказать клиенту, что и как Вы собираетесь делать, чтобы снять страх и напряжение.

Перед каждым использованием подъемника необходимо проверять его исправность. Кресло (кровать), из которого пациент будет перемещен, равно как и

то, в которое он будет помещен, должно стоять на тормозе. Важно правильно расположить клиента на подвесе. Подъем осуществляют строго вверх по вертикали.

Нельзя поднимать клиента под углом – это может привести к опрокидыванию подъемника, особенно если вес клиента приближается к максимально допустимой нагрузке подъемного механизма. Во время подъема тормоза передних колес основания должны быть отпущены – это позволит подъемнику балансировать и правильно распределять нагрузку. Подъемник ставят на тормоз только на время хранения.

Во время перемещения следует находиться рядом с клиентом. Если он нервничает, необходимо поговорить с ним, отвлечь его. Перемещение и размещение пациента по окончании транспортировки следует производить медленно. Для того чтобы подложить подвес при перемещении из кресла на кровать, следует немного наклонить спину клиента вперед, аккуратно его поддерживая, и расположить подвес за ним. Затем необходимо убедиться в том, что середина подвеса совпадает с линией позвоночника клиента, и протянуть подвес вниз до самого сиденья. После этого следует вернуть спину в вертикальное положение и медленно протащить подвес под бедрами так, чтобы можно было пропустить лямки между ног клиента. Последующий алгоритм действий такой же, как при перемещении из кровати в кресло.



Рис. 39. Использование подъемника с подвесом

4) Передвижение с поддержкой сзади

Передвижение клиентов с ограниченной мобильностью можно осуществлять и без средств малой реабилитации. При использовании принципов кинестетики, сопровождение при передвижении (ходьбе) становится безопасным и не представляет трудностей для клиента и сопровождающего. Такое передвижение может выполнять один ухаживающий или два лица, осуществляющих уход. В

первую очередь необходимо объяснить клиенту принцип удерживания и убедиться, что он понимает полученную информацию. Далее следует оценить состояние и возможности клиента: 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 клиента).

5) *Поддержка сзади за плечи*

Поддержку сзади проводят только в том случае, когда клиент в состоянии переставлять ноги без «подкашивания» колен (рис. 40). Данный алгоритм удобен тем, что при этом клиент видит окружающую обстановку и путь передвижения. Клиент должен доверять помощнику по уходу, 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 является большинство подопечных, а особенно тем из них, кто падал ранее.



Рисунок 40. Поддержка сзади за плечи

6) *Поддержка сзади за талию*

Такое сопровождение осуществляют с помощью поддерживающего (транспортного) пояса. Пояс помогает перемещаться клиенту с нарушением опорно-двигательной системы (после инсультов и при других нарушениях). Пояс можно использовать для поддержки самостоятельно идущего пациента с одной или двух сторон. При сопровождении сзади за талию необходимо, чтобы клиент доверял ухаживающему. Следует обнять клиента за талию, стоя сзади него, и попросить его держаться за руки. Опираясь на три этапа передвижения тела в пространстве, делают синхронные с клиентом шаги, озвучивая свои действия. Шаг ухаживающего одной ногой проходит между ног клиента, а другой ногой – за ногой клиента. Осторожно, не торопясь, делают маленькие шаги (рис. 41).

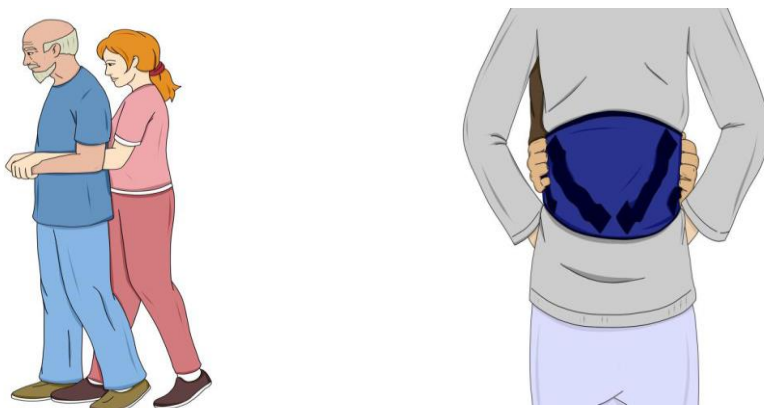


Рисунок 41. Поддержка человека сзади за талию

7) Передвижение человека с двусторонней помощью

При всей важности активизации подопечных необходимо максимально снизить вероятность падений, которые могут закончиться травмой. Травма вернет клиента 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 клиента следует осуществлять вдвоем (рис. 42). Сложность заключается в необходимости постоянно следить за шагом, так как сохранять ритм ходьбы втроем намного труднее.



Рисунок 42. Передвижение человека с двусторонней помощью

2.4. СРЕДСТВА МАЛОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КОРМЛЕНИИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ГРАЖДАНИНА

Одна из важных задач, возлагаемых на помощника по уходу (родственника), – кормление человека. Еда и питье для человека приобретают особенно большое значение, часто определяющее выздоровление или прогрессирование болезни. Для граждан, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к еде. Человеку, который может самостоятельно принимать пищу, но

по ряду причин с этим не справляется (не может держать ложку, роняет пищу с края тарелки, пачкает одежду, сталкивает посуду со стола на пол, проливает напитки), необходимо предоставить средства малой реабилитации содействия приему пищи.

В таблице 9 и на рис. 43 представлены средства малой реабилитации при кормлении с их предназначением/описанием.

Таблица 9 – Средства малой реабилитации при кормлении

Изображение	Предназначение/описание
	<p>Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды. Рекомендована клиентам, имеющим только одну руку. При отсутствии салфетки можно использовать мокрую скатерть или присоски</p>
	<p>Для того чтобы облегчить питье клиентам с утратой хватательных движений, рекомендованы чашки на подставках, кружки с двумя ручками</p>
	<p>Стакан предназначен для пациентов с нарушенным глотательным рефлексом, а также с ограничением движений и тремором. Легкая чашка удобна для пациентов со слабостью в руках.</p>
	<p>Поильник полимерный для лежачих больных предназначен для приема жидкости или жидкой пищи. Выполнен в виде стаканчика с крышкой и носиком, который не позволяет проливаться жидкости при приеме пищи. Это незаменимый аксессуар для ухода за лежачими больными</p>
	<p>Нагрудники предназначены для защиты одежды и белья клиента 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</p>
	<p>Встроенные ручки на столовых приборах предназначены для клиентов с ослабленными хватательными движениями. Клиенты могут использовать столовые приборы с квадратными, круглыми или овальными ручками различной длины, а также малого, стандартного или тяжелого веса</p>



	<p>Можно использовать тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, удерживающим пищу при неловких движениях клиента</p>
	<p>Если у клиента ослаблены руки, недостаточная моторика в пальцах, можно использовать специализированные ложку, вилку и нож с нескользящей рукояткой и фиксирующим ремешком. Ложку фиксируют на запястье мягким ремешком с липучкой</p>



Рисунок 43. Средства малой реабилитации при кормлении

ГЛАВА III. АДАПТАЦИЯ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПОТРЕБНОСТЯМИ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН

3.1. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К АДАПТАЦИИ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ

Адаптация жилого помещения в соответствии с потребностями маломобильных граждан предусматривает создание безопасной среды проживания, которая является важным компонентом заботы о качестве жизни маломобильного человека с дефицитом самообслуживания.

Правильный подход к вопросам адаптации жилья для маломобильного пожилого человека или инвалида – это гарантия создания условий для максимально независимой и безопасной жизнедеятельности и самостоятельного проживания гражданина, установления психологического комфорта.

Безопасная среда для маломобильного гражданина в условиях стационарного обслуживания и на дому должна соответствовать требованиям охраны труда и пожарной безопасности, санитарно-противоэпидемическому режиму и включать индивидуальные средства оповещения для граждан.

Адаптация жилого помещения маломобильного гражданина формируется с учетом безопасности среды проживания человека. Это связано с тем, граждане пожилого возраста и инвалиды относятся к уязвимым категориям населения в вопросах заболеваемости.

Как правило, самая обыденная ситуация для пожилых людей – факт падения (с постели, со стула на мокром полу, зацепившись за ковер или шнуры, перешагивая порог, поднимаясь или спускаясь по лестнице и т.п.), который зачастую приводит к тяжелым последствиям и, как следствие, к снижению двигательной способности, 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, а также наличие спутанного сознания или делирия, а наличие деменции многократно увеличивает эту опасность.

3.1.1. Требования к адаптации жилого помещения маломобильного гражданина с учетом безопасности среды проживания

Для адаптации жилого помещения для маломобильного гражданина важно уделять особое внимание требованиям к оформлению помещения, ковровым покрытиям, ванным комнатам, расстановке мебели, доступу к кровати, освещению, температурному режиму и др.

1) Требования к помещению (комнате проживания):

хорошее освещение. Темнота негативно влияет на психоэмоциональное состояние больного;

отсутствие постороннего шума, чтобы человеку было комфортно находиться в помещении;

циркуляция воздуха. Нужно ежедневно проветривать помещение, в котором находится маломобильный человек, не реже двух раз в день;

подготовка отдельной комнаты (или хотя бы светлая часть комнаты, отделенная от остальной части ширмой). Лишнюю мебель из комнаты лучше убрать, так как это не только обезопасит комнату для передвижения клиента, но и облегчит процесс ее дезинфекции и общего ухода за клиентом;

поддержание чистоты и порядка. Все вещи должны быть эргономично распределены; ванная и раковина чистыми, помыта посуда; хранение вещей в шкафу;

проведение влажной уборки (ежедневно два раза в день дезинфицирующим средством, разрешенным к применению в домашних условиях);

кварцевание помещений (при необходимости). В зимний сезон (когда в помещении становится особенно сухо) рекомендуется использовать бактерицидные лампы (облучатель-рециркулятор) и увлажнители, которые обеззараживают помещение, уничтожают вирусы, споры, болезнетворные бактерии и поддерживают комфортный уровень влажности;

освещение помещений. 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;

демеркуризация (комплекс мероприятий, направленных на дезактивацию ртути) при необходимости.

свободный доступ ко всем предметам в комнате. Обеспечение беспрепятственной среды гражданину, который может передвигаться самостоятельно (в том числе на кресле-коляске, с помощью иных приспособлений);

подход к кровати гражданина лиц, осуществляющих уход. Обеспечение подхода к кровати с обеих сторон. Кровать должна быть оборудована подъемными боковыми ограждениями и устройствами для подтягивания; часы и календарь – размещены на видимом месте.

2) Требования к вспомогательным помещениям, пролетам (лестницам, полам, проемам, стенам и др.)

полы и лестницы должны быть чистыми и сухими, на них не должно быть ненужных предметов; полы могут быть покрыты коврами, которые имеют нескользкое основание (при этом у ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потрепанных или порванных частей);

у лестниц по всей длине и с обеих сторон должны быть перила, верхней и нижней части лестницы – ограждения, которые необходимо надежно закрепить; ступени лестницы должны быть в хорошем состоянии; на лестницах не должно быть ковровых дорожек. Ступени должны быть хорошо освещены; края ступеней лестницы желательно «окантовать» нескользким материалом. 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 или другими приспособлениями, чтобы гражданин мог держаться;

мебель должна быть без выступающих углов и ножек.

3) Требования к ванной комнате и санузлу:

в ваннных комнатах и душевых помещениях на полу должны лежать резиновые коврики или нескользящее покрытие;

рядом с ванной, душем и унитазом должны быть оборудованы поручни;

мыльница, полотенце и иные санитарно-гигиенические принадлежности должны находиться не далее расстояния вытянутой руки;

подошвы обуви должны быть не скользкими (не гладкими).

4) Требования к температурному режиму:

поддержание температуры в помещении (комнате) должно быть в пределах 19–22⁰С. Помещение должно регулярно проветриваться (3–4 раза в день), при этом гражданина следует перемещать в другую комнату или укрыть его одеялом. Пользование одеялом – с учетом сезона и температуры в комнате.

5) Требования к организации досуговых мероприятий

Варианты досуга подбираются в зависимости от двигательной активности маломобильного гражданина и его предпочтений. Если гражданин любит смотреть телевизор, то обязательно наличие в комнате техники, если читать – то книги, журналы, газеты и т.п. Также можно негромко включить человеку любимую музыку. Для досуговых занятий, требующих какого-либо оборудования, инструментов и др., – их желательно разместить рядом с маломобильным гражданином.

6) Требования к релаксации (контроль психологического состояния)

Релаксационная обстановка (легкая тихая музыка, приглушенный свет, чтение книг, беседы с близкими, поглаживание, подбадривание и т.п.) позволяет создать психологически комфортные условия (появляется позитивный настрой гражданина, снимается внутреннее напряжение, снижается стресс, апатия, депрессия), что побуждает человека к активности, к любознательности, к реализации намеченных планов, в конечном счете – к выздоровлению или улучшению психофизических функций организма. При этом очень важно контролировать психологическое состояние гражданина, уметь подбирать правильные слова, чтобы не травмировать его.

7) Требования к инфекционной безопасности

Адаптация жилого помещения также напрямую связана с инфекционной безопасностью, мероприятия которой входят в комплекс санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических процедур и направлены на предупреждение инфицирования и распространения инфекционных заболеваний у маломобильных граждан в домашних условиях и в стационарных учреждениях. Первое условие инфекционной безопасности – соблюдение чистоты во всем: тела, нательного и постельного белья, посуды, подкладного судна, утки и в целом помещения, где он находится гражданин. При уходе на дому весь отработанный материал перед сбросом в контейнер должен дезинфицироваться.

Простейшими средствами дезинфекции, которые должны быть дома, являются хлоргексидин, перекись водорода, спирт. Для того чтобы убить до 99% болезнетворных микроорганизмов, достаточно обработать проблемные места

горячим паром с температурой 120–150°C. С этой задачей хорошо справляются парогенераторы. Также продезинфицировать квартиру можно с помощью масел, залитых в специальные лампы. Эфирные масла, рассеянные в воздухе, надежно избавляют от вирусов и бактерий. Для дезинфекции следует использовать масла, обладающие антисептическим эффектом: чайное дерево, пихта, хвоя, эвкалипт и др.

8) Требования к постельному режим и распорядку дня

При адаптации жилого помещения маломобильного человека должен учитываться оптимальный постельный режим гражданина с целью регулирования его двигательной активности (как должна быть оборудована комната для проживания, ванная, санузел и др.) и соблюдать распорядок дня (в том числе, чтобы дать возможность отдохнуть близким).

В медицинской практике выделяют четыре направления постельного режима: строгий (полное ограничение подвижности человека); постельный (человек может сидеть на кровати, пользоваться предметами в пределах доступности, заниматься легкими физическими упражнениями); полупостельный (человек может передвигаться по помещению, делать гимнастику и др., но запрещены самостоятельные прогулки на улице и длительная физическая активность); общий (ограничений в двигательной и физической активности нет).

9) Требования для хранения санитарных принадлежностей, обрабатывающих средств и защитной одежды обслуживающего персонала (помощника по уходу, родственника и др.).

Для выполнения требований безопасности среды проживания маломобильного гражданина помощник по уходу или родственник должен использовать специальную защитную одежду (халат, фартук, перчатки и др.), а также иметь под рукой плотный мешок для отходов. После проведения процедур необходимо помыть руки, обработать перчатки и проветрить помещение. Санитарные принадлежности, обрабатывающие средства и защитная одежда хранятся в отдельно отведенных местах (в шкафу, в тумбочке, на стеллаже и др.) и периодически обрабатываются, подвергаются стирке и т.п. (по мере необходимости и загрязнения).

Лицам, осуществляющим уход, необходимо осознавать риски, свою ответственность и серьезно относиться к безопасности среды проживания маломобильного гражданина в зависимости от состояния и особенностей заболевания или повреждения. При этом важно помнить, что качественно адаптированная среда проживания для маломобильного гражданина влияет на позитивный психологический настрой гражданина.

3.1.2. Общие рекомендации по адаптации жилья для тяжелобольных граждан (лежачих)

В жилом помещении, в котором находится тяжелобольной (лежачий) гражданин, должна быть создана удобная, уютная и комфортная обстановка для оказания человеку качественной уходовой помощи с целью быстрого его выздоровления и/или улучшения состояния здоровья.

Основные рекомендации по обустройству комнаты для тяжелобольных граждан:

1) подберите подходящую кровать. Она должна быть удобной, безопасной и практичной (функциональной). Специалисты советуют выбирать модели с дополнительными бортами, регулировкой высоты изголовья и поднятием ног. Желательно, чтобы кровать для лежачего больного была оборудована колёсиками, поскольку это значительно облегчит уборку в комнате и перемещение тяжелой кровати с гражданином;

2) вынесите из комнаты весь хлам и ненужные вещи, потому что они собирают пыль и занимают пространство. Лучше всего сделать комнату просторной и уютной. Оставьте в ней коллажи с семейными фото, красивые панно или картины, чтобы поддерживать настроение человека;

3) установите кровать подальше от окна, чтобы во время проветривания комнаты гражданин не простудился и не усугубил свое заболевание. Можно установить рядом с окном удобное кресло (кресло-коляску), чтобы человека можно было пересадить в него (например, для прочтения интересной книги или изготовления каких-то поделок, рисования, вязания и т.п.);

4) установите предметы мебели без острых углов, ручек и т.д. (во избежание нанесения травм у граждан с нарушением координации);

5) оснастите комнату несколькими видами освещения, поставьте рядом с кроватью неяркий торшер, чтобы упростить ночные манипуляции (переодевание, уборку и т.д.);

6) поставьте рядом небольшой прикроватный столик, чтобы все лекарственные препараты были всегда под рукой у помощника по уходу (сиделки), родственника;

7) установите живые не цветущие растения (профилактика аллергии), в целях поддержания нужной влажности в комнате, что в целом влияет на хороший микроклимат и исключает сухость воздуха в помещении.

3.2. ПРИМЕРЫ АДАПТАЦИИ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН

3.2.1. Адаптация жилого помещения для маломобильных граждан, перенесших инсульт

Для маломобильных граждан, перенесших инсульт, рекомендован основной перечень оборудования: медицинская кровать, прикроватная тумба, санитарный стул.

При условии, если нет возможности приобрести специальную медицинскую кровать, потребуются следующие изделия, прикрепляемые к кровати, позволяющие человеку чувствовать себя комфортно и безопасно:

- опора под спину;
- кроватьные ограждения;
- регулируемый столик для приёма пищи;
- специальное приспособление для придания сидячего положения в кровати;
- дуга напольная для перемещения прикроватная;
- столик прикроватный для кормления.

Кровать желательно расположить так, чтобы человек мог видеть входящих и наблюдать за окном.

Особая ситуация возникает у граждан после инсульта с односторонним параличом. Такому гражданину трудно воспринимать лица и вещи, находящиеся с парализованной стороны. Поэтому важно расположить кровать так, чтобы человек был вынужден поворачивать голову в сторону поврежденной части тела. Вещи человека желательно ставить с парализованной стороны (телевизор, стул для посетителей и т.п.), таким образом активизируя его движения. Прикроватный столик также должен стоять с парализованной стороны человека, чтобы он здоровой рукой мог взять, например, стакан с водой и перенести его через свое тело.

Рекомендации помощнику по уходу, родственнику для адаптации жилого помещения маломобильных граждан, перенесших инсульт:

- 1) удалите предметы, представляющие опасность для передвижения, в том числе ковры, шнуры, игрушки;
- 2) убедитесь, что передвижение по квартире не затруднено и на пути нет слишком узких проходов, необходимых при использовании дополнительных средств для передвижения;
- 3) переставьте мебель для удобства передвижения (при необходимости);
- 4) изолируйте гражданина от животных в доме во избежание создания препятствий к передвижению, грубого тактильного контакта (прыжки животного на человека, царапание);
- 5) подготовьте инвалидное кресло, чтобы человек мог самостоятельно передвигаться (при необходимости);

- 6) переместите предметы так, чтобы сделать их достигаемыми;
- 7) убедитесь, что душ и туалет доступны и удобны для пользования;
- 8) реконструируйте ванную комнату таким образом, чтобы инвалидную коляску, в случае необходимости, можно было поместить в ванну;
- 9) приобретите специализированное оборудование для ванной (такое, как стул для душа, ванная скамейка, ручной душ для головы или поднятое сиденье для унитаза и т.п.) и смонтируйте дополнительные поручни;
- 10) убедитесь, что материал покрытия пола не мешает при ходьбе с дополнительными приспособлениями (трости, костыли, ходунки) или при толкании инвалидной коляски. Рассмотрите наиболее подходящий материал покрытия пола для пользования средств реабилитации (при необходимости).

Основные требования для комфортного проживания маломобильных граждан, перенесших инсульт:

1) Проветривание помещения следует проводить в любое время года регулярно, не реже 3 раз в день. Зимой при невозможности перемещения больного в другую комнату укройте его поверх одеяла теплым пледом, оберните голову шерстяной косынкой. Летом желательно держать окно открытым, предусмотрев сетку против насекомых (при условии хорошей погоды).

2) Температурный режим в жилом помещении подбирается в соответствии с индивидуальными потребностями маломобильного гражданина. В жаркое время года для обеспечения нормального температурного режима допустимо использовать кондиционер, снабженный увлажнителем воздуха, или же поместить в комнате таз с измельченным льдом. Также вы можете периодически распылять воду из пульверизатора (капли не должны попадать на больного). Зимой для увлажнения воздуха и предотвращения пересушивания кожи и слизистых оболочек также можно использовать увлажнители воздуха или пользоваться бытовым способом – делать влажную уборку, держать аквариум с водой, покрывать отопительные батареи мокрым полотенцем, ставить открытые емкости с водой.

3) Освещение комнаты должно быть достаточным, но не чрезмерным. Приветствуется, если окна помещения выходят на солнечную сторону – естественный ультрафиолет не только способствует нормализации психического состояния пациента, но и убивает некоторые патогенные микроорганизмы. Если яркий свет раздражает человека, вы должны повесить на окна плотные шторы. Электрическое освещение должно регулироваться, например, под потолком можно подвесить яркий светильник, который будет включаться при выполнении некоторых манипуляций; для обеспечения комфорта подойдет торшер с матовым абажуром.

4) Полы и покрытия должны быть выполнены из легко дезинфицируемых материалов, так как вам придется ежедневно проводить влажную уборку, протирать пыль и собирать мусор во избежание аллергической реакции или инфицирования. Стены, дверь, оконные рамы и мебель можно обметать влажной

метелкой или тряпкой, полы следует мыть теплой водой с добавлением обеззараживающего средства. Также удобно использовать для ежедневной гигиенической уборки моющий пылесос. Целесообразно заранее удалить из помещения ковры, паласы, ворсистые занавеси. Лучшее время для наведения порядка – первая половина дня после выполнения утренних манипуляций и процедур. Если есть возможность, то необходимо маломобильного гражданина переместить в другую комнату или отгородить его кровать ширмой, чтобы поднимающаяся с пола пыль не попала в дыхательные пути.

3.2.2. Адаптация жилого помещения для маломобильных граждан, передвигающихся на кресле-коляске

Основной принцип адаптации жилого помещения для маломобильных граждан – создание условий, благодаря которым человек сможет быть максимально самостоятельным.

При адаптации жилого помещения для различных категорий граждан, передвигающихся на кресле-коляске или с дополнительными опорами, должны быть учтены главные требования к:

1) ширине зон прохода человека, использующего при передвижении различные вспомогательные средства (кресло-коляску, костыли, ходунки).

2) расчету необходимой площади помещений для перемещения человека, использующего вспомогательные средства (в том числе подъезд к сантехническому оборудованию);

3) обустройству пандусов для передвижения с одного уровня на другой (в том числе входная группа здания);

4) оборудованию соответствующей вешалкой для одежды, с учетом доступности для маломобильного гражданина;

5) установке электрической плиты и размещению кухонных настенных ёмкостей с учетом доступности и безопасности в использовании человеком, ограниченным в передвижении;

6) использованию в качестве предупреждения яркого цвета или дополнительного освещения (подсветки) в жилых и подсобных помещениях в наиболее травмоопасных местах;

7) возможности открытия створок и форточек снизу;

8) обустройству ванной комнаты и санузла:

покрытие с рифленой или шероховатой поверхностью, позволяющее избегать скольжения и возможных падений;

установка на стенах или на полу дополнительных устройств опоры (поручни или трапеции);

оборудование ванной комнаты широкой ступенькой с опорой и резиновым ковриком на дно ванны;

дверные ручки, выключатели, сантехнические приборы, бытовую технику и другие важные предметы обихода необходимо расположить на доступной высоте.

Технические средства социально-бытовой реабилитации для маломобильных граждан, передвигающихся на кресле-коляске:

- 1) нескользящие коврики (салфетки) для посуды и продуктов питания;
- 2) специальные столовые приборы, оснащённые ручками из нескользящего материала;
- 3) дозаторы для сыпучих продуктов;
- 4) специальные разделочные доски, оснащённые металлическими удерживателями, деревянными ограничителями и резиновыми фиксаторами;
- 5) приспособления для очистки овощей и фруктов;
- 6) рожки для обуви;
- 7) приспособления для одевания носочно-чулочных изделий и свитеров;
- 8) приспособления для застегивания, расстегивания замков-молний и пуговиц;
- 9) приспособления для снятия, надевания верхней одежды;
- 10) трости, костыли, ходунки и кресла-коляски.

Предметы быта, облегчающие жизнь маломобильных граждан, передвигающихся на кресле-коляске:

- захват для надевания носков;
- крючок (захват) для застегивания пуговиц;
- приспособление для снятия, надевания верхней одежды;
- приспособление для надевания обуви;
- щипцы для ногтей с увеличительным стеклом;
- специальные комплекты столовых приборов;
- специальные разделочные доски;
- ножи;
- приспособления, облегчающие открывание банок и бутылок;
- контейнер для съёмных зубных протезов;
- захват для зубной пасты;
- зубная щетка для чистки зубных протезов;
- контейнер для таблеток;
- губка для мытья тела с удлиненной ручкой;
- специальная расческа для волос;
- телефон с большими кнопками;
- лупа с подсветкой.

ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ, ИМЕЮЩИМИ РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

4.1. Кинестетика как основной двигательный ресурс для маломобильного человека

Кинестетика – наука о правильном восприятии тела и движения (своего и чужого), учение о двигательных ощущениях. Владея принципами кинестетик, можно ухаживать за маломобильным человеком, прикладывая при этом минимум физических усилий: не за него двигаться, а своими прикосновениями побуждать к выполнению движений. Кинестетика помогает использовать собственные двигательные ресурсы для обеспечения высокого уровня самоконтроля при небольших усилиях.

Цели кинестетики – правильное выполнение последовательности движений маломобильным гражданином самостоятельно, а также выполнение необходимых движений во взаимодействии с «помощником». Для этого необходимо оценивать осуществляемые движения как «правильно – неправильно», «легко – тяжело» и «болезненно – безболезненно».

Человеку с дефицитом самообслуживания тяжело выполнять те или иные движения, избегая болевых ощущений и сильного напряжения мышц. Любые манипуляции, связанные с перемещением и движением маломобильного гражданина, предполагают нагрузку на оставшиеся в его распоряжении ресурсы и возможности. Максимальное использование потенциала маломобильного гражданина предполагает наличие полного взаимопонимания между человеком, получающим уход, и лицом, которое его предоставляет.

Осуществление ухода за маломобильным гражданином невозможно без прикосновения к нему. Физический контакт между людьми, предоставляющими и получающими уход, имеет место во время смены положения тела, передвижения, транспортировки, проведения гигиенических мероприятий.

Маломобильный гражданин должен разрешить ухаживающему активизировать его, а человек, осуществляющий уход, должен бережно использовать «части» тела гражданина, содействовать индивидуальной способности к движению.

Таким образом, человек осуществляющий уход, сначала должен ощутить собственное тело, его возможности, научиться правильным движениям, которые щадят тело, предохраняют его от боли и перегрузок. Только лишь после этого он сможет привить эти движения маломобильному гражданину. Передача лицу, получающему уход, навыков правильных движений – важный компонент качественного ухода, поскольку уход – это профессиональное содействие активности маломобильного гражданина, создание доверия, уменьшение боли,

профилактика пролежней и контрактур, избежание зависимости от ухаживающего, поддержание возможности самообслуживания, открытие новых перспектив, улучшение качества жизни.

4.2. Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инсульта

Инсульт – острое нарушение кровообращения мозга, приводящее к повреждению и гибели нервных клеток. Инсульт происходит, если кровеносный сосуд в мозге перекрывается или блокируется (бляшкой, тромбом – ишемический инсульт) либо разрывается (геморрагический инсульт).

После гибели части нервных клеток организм утрачивает одну из функций, за которую эти клетки отвечали: наступают паралич, потеря речи и другие серьезные нарушения. Чем больше область омертвления в мозге, тем более тяжелые последствия имеет инсульт.

Прогноз при инсульте зависит от обширности поражения мозга, а также от качества оказанной первой помощи, скорости доставки больного в больницу, а в дальнейшем – от адекватности и объема реабилитационных мероприятий.

При малейшем подозрении на инсульт, например, если человек беспричинно споткнулся несколько раз или буквально на несколько секунд потерял сознание, воспользуйтесь **правилом «УЗП»**:

У – улыбнуться (попросите человека улыбнуться. При инсульте происходит паралич мышц с одной стороны тела, в результате чего улыбка получается «кривой» – на пораженной стороне уголок рта останется опущенным);

З – заговорить (попытайтесь заговорить с пострадавшим, попросив его произнести любую несложную фразу, например, «На улице идет дождь». При инсульте речь обычно нарушается, становится бессвязной или заторможенной).

П – поднять руки (попросите пострадавшего поднять обе руки вверх одновременно. При инсульте одна рука будет падать или уходить в сторону).

Если сомнения остаются, предложите больному высунуть язык. При инсульте он обычно отклоняется в сторону. Если у пострадавшего человека присутствует хотя бы один признак инсульта – срочно вызывайте скорую медицинскую помощь! При этом максимально точно перечислите все симптомы.

Возможны также такие признаки и симптомы, как нарушение сознания, нарушение слуха, изменение ритма, частоты и глубины дыхания, непонимание обращенной речи, непроизвольное мочеиспускание или дефекация, асимметрия лица, частичный или полный паралич конечностей, судороги.

4.3. Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда – состояние, возникающее вследствие внезапного прекращения коронарного кровотока в связи с тромбозом коронарного сосуда и

развитием очагов некроза (гибели клеток) в сердечной мышце. При несвоевременном оказании неотложной помощи, а иногда даже при ее оказании заболевание приводит к смерти больного.

Иногда инфаркт миокарда маскируют другие болезни. В частности, гастралгический вариант инфаркта миокарда похож на картину «острого живота»: боль в животе, вздутие, слабость, падение артериального давления, тахикардия. Уточнить диагноз помогает электрокардиограмма. Астматический вариант протекает без сильных болей в сердце, при этом человек начинает задыхаться, однако от препаратов, облегчающих дыхание, состояние больного не улучшается.

Церебральный вариант инфаркта миокарда напоминает инсульт, поскольку возникает спутанность сознания и речи. «Немой» инфаркт миокарда протекает совсем без боли и наиболее часто бывает у больных сахарным диабетом. Его единственными признаками могут быть сильная утомляемость и одышка после физической нагрузки, которую раньше больной выполнял легко.

Еще одна «маска» инфаркта миокарда – стенокардия напряжения, при которой боль проявляется только при ходьбе (рис. 44).

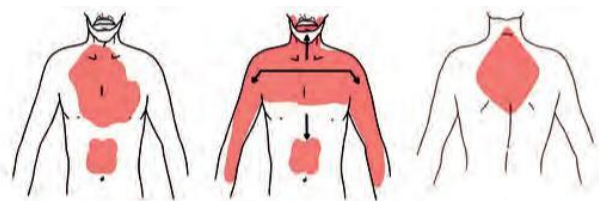


Рисунок 44. Локализация боли при инфаркте миокарда или стенокардии

Первые сигналы при инфаркте миокарда:

сильные боли более 5 минут в груди, в руке, лопатке, шее, подбородке, предплечье;

чувство удушья, жжение в области груди;

тошнота, рвота, чувство страха;

слабость (возможно без болей), возможна потеря сознания;

бледность, холодный пот;

пробуждение ночью с болью в области груди;

боли в груди могут возникнуть при малых нагрузках или в покое.

Отмечено, что у женщин чувство удушья, тошнота, рвота, боли в предплечье возникают при инфаркте чаще, чем у мужчин.

Самое главное действие при инфаркте миокарда – вовремя обратиться за медицинской помощью. Если инфаркт миокарда произошел у кого-то из окружающих, есть 5–10 мин, чтобы помочь человеку перенести самый опасный этап заболевания, пока бригада скорой медицинской помощи будет в пути. По возможности необходимо встретить машину медиков.

4.4. Уход за маломобильным гражданином, болеющим сахарным диабетом

Острые осложнения сахарного диабета развиваются в течение минут, часов или дней. Это прямой результат изменения содержания глюкозы крови в виде гипергликемии (превышение нормы глюкозы крови) или гипогликемии (уровень глюкозы крови ниже нормы).

Острые осложнения сахарного диабета – это угрожающие жизни состояния, сопровождающиеся при отсутствии лечения потерей сознания.

Гипергликемия – состояние больного диабетом, когда уровень глюкозы в крови слишком высок. Избыток глюкозы провоцирует усиленную работу почек, которые стремятся вывести лишнюю глюкозу с мочой, поэтому у человека наблюдают частое мочеиспускание (через 1–2 ч). В результате этого организм теряет много воды, появляются сильная жажда и сухость во рту. Даже ночью человек может проснуться от этих симптомов. Все это сопровождается общей слабостью и похуданием. Чем быстрее человек теряет массу тела, тем серьезнее его состояние. Однако если уровень глюкозы в крови повышается медленно, человек может этого не замечать. Постепенное повышение уровня глюкозы вызывает опасные изменения в организме, а больной привыкает к ним и не считает себя больным. В этом заключается коварство гипергликемии.

При ежедневном измерении уровня глюкозы у больного с помощью глюкометра можно ориентироваться на «рабочую» классификацию гипергликемии, при которой повышение уровня глюкозы в крови натошак:

до еды 8–10 ммоль/л, а после еды – не выше 13–14 ммоль/л, то признают легкой степени тяжести;

13–15 ммоль/л – средней степени тяжести;

18–20 ммоль/л – тяжелое состояние гипергликемии.

При тяжелом состоянии гипергликемии крайне высока вероятность развития осложнений, в связи с чем необходимо срочно вызвать врача для осмотра больного и принятия решения об изменениях в лечении сахарного диабета.

По результатам дополнительного обследования и консультации врач рекомендует целевые уровни гликемии натошак, которых следует придерживаться. Целевые показатели гликемии устанавливают индивидуально в зависимости от тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и возраста больного.

Снижение уровня глюкозы при сахарном диабете достигают приемом рекомендованных сахароснижающих препаратов или проведением инъекций инсулина, а также диетическими ограничениями и расширением физической нагрузки.

Симптомы гипогликемии разделяют на:

ранние (холодный пот, особенно на лбу, бледность кожи, сильный приступообразный голод, дрожь в руках, раздражительность, слабость, головная боль, головокружение, онемение губ);

промежуточные (неадекватное поведение, агрессивность, сердцебиение, плохая координация движений, двоение в глазах, спутанность сознания);

поздние (потеря сознания, судороги).

При возникновении симптомов гипогликемии следует по возможности провести контроль уровня глюкозы в крови. У пожилых пациентов клиническая картина может быть стертой. Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, следует начинать при уровне глюкозы крови менее 3,9 ммоль/л.

Необходимо получить у врача четкие инструкции по каждой из этих рекомендаций. Желательно иметь памятку, составленную врачом, в которой указаны все препараты, дозы, кратность применения, примечания по особым условиям и ситуациям.

4.5. Пример ухода за маломобильным гражданином, болеющим пневмонией

При пневмонии, остром периоде инфаркта миокарда, выраженной недостаточности кровообращения и др. заболеваниях больные пожилого и старческого возраста вынуждены соблюдать длительный постельный режим, который может приводить и к некоторым неблагоприятным последствиям. Имеется в виду возникновение застойных явлений в легких, образование тромбов в венах нижних конечностей с последующими тромбоэмболиями в ветви легочной артерии, нарушение регуляции функций сердечно-сосудистой системы, затруднение мочеиспускания, усиление запоров, тугоподвижности суставов и т. д.

Профилактика перечисленных осложнений предусматривает применение комплекса мероприятий.

В этой связи большое значение приобретает уход за кожей и предупреждение образования пролежней. Хороший эффект дают растирание и массаж, которые нужно проводить, учитывая тонкость и ранимость кожи у пожилых больных. Кроме того, в пожилом возрасте часто отмечаются сухость кожных покровов, вызывающая сильный зуд, изменения ногтей (их утолщение, повышенная ломкость), появление мозолей, ограничивающих двигательную активность.

Сухие участки кожи целесообразно смазывать специальными кремами, перед подстриганием ногтей для их смягчения полезно делать припарки, применяя касторовое масло. Нужно своевременно удалять мозоли. Следует всячески поощрять заботу пожилых больных о своем внешнем виде. Аккуратная прическа, регулярное бритье, опрятная одежда повышают настроение больных, способствуя улучшению их общего состояния.

Гигиена лежачего больного состоит из трех этапов: очищение кожи; увлажнение кожи; защита и питание кожи.

4.6. Уход за маломобильным гражданином, имеющим геморрой

Больные пожилого возраста, находящиеся на постельном режиме, часто страдают запорами, обусловленными преимущественно атонией кишечника. Борьба с запорами включает в себя диетические рекомендации, прием слабительных средств.

Не следует злоупотреблять клизмами, особенно если к их постановке нет особых показаний, так как при частом применении они вызывают раздражение толстой кишки.

При геморрое у пожилых больных нужно следить, чтобы выпадающие геморроидальные узлы не травмировались грубой туалетной бумагой. После каждого акта дефекации целесообразно обмывание области анального отверстия, применение ванночек с отваром ромашки, ректальных свеч.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уход за маломобильными гражданами требует специальных навыков, а также обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, создания условий, обеспечивающих физический и психический покой. Поэтому как специалистам (сиделкам), так и родственникам, осуществляющим уход, необходимо владеть простейшими приемами ухода, уметь адаптировать маломобильного гражданина к изменившимся условиям жизни и здоровья, поощрять его к самостоятельности и самообслуживанию.

Настоящие методические рекомендации позволят более наглядно и комплексно подойти к обучению родственников, специалистов и иных лиц необходимым навыкам ухода за маломобильными гражданами с учетом подбора правильных технических средств реабилитации, адаптации жилого помещения в соответствии с потребностями маломобильных граждан.

ГЛОССАРИЙ

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (ст. 1 ФЗ «О социальной защите инвалидов»).

Лица с ОВЗ – это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие.

Маломобильные группы населения – люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуг, необходимой информации или при ориентировании в пространстве. К маломобильным группам населения относятся: инвалиды, люди с ограниченными (временно или постоянно) возможностями здоровья, люди преклонного возраста.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять основные компоненты повседневной жизни.

Реабилитация – это направление современной медицины, которая в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность пациента, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Социальные услуги по уходу – услуги, направленные на поддержание жизнедеятельности граждан, нуждающихся в уходе, сохранении их жизни и здоровья посредством осуществления ухода и систематического наблюдения за их состоянием, входящие в социальный пакет долговременного ухода.

Уход – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление сил и создание условий, способствующих быстрому выздоровлению, предупреждению и профилактике осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические рекомендации по организации школ по уходу за тяжелобольными гражданами (в рамках создания системы долговременного ухода). – Тюмень : автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области и дополнительного профессионального образования «Областной геронтологический центр», 2018.

2. Нестерова, А.А., Ковалевская, Н.А. Жизнеспособность и стратегии совладания матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра / А.А. Нестерова, Н.А. Ковалевская // Вестник МГОУ. Серия : Психологические науки. – 2015. – № 3. – С. 38 – 47.

3. Обучение в обществе для людей с умственными и физическими ограничениями : руководство для членов семьи ребенка с ограничениями / под ред. Е.В. Ключковой. – Санкт-Петербург, 2003.

4. Основы реабилитации / под редакцией проф. В.А. Епифанова. Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2020.

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями».

6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.02.2018 № 86н (ред. от 05.03.2021) «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».

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.02.2018 № 85-н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены».

8. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.08.2019 № 605н «Об утверждении Порядка осуществления уполномоченным органом медико-технической экспертизы по установлению необходимости ремонта или замены, в том числе досрочной замены технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий, возможности и срока дальнейшего пользования ими, по установлению соответствия приобретенных инвалидами (ветеранами) за собственный счет технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий предоставляемым уполномоченным органом техническим средствам реабилитации, протезам, протезно-ортопедическим изделиям, а также формы заключения указанной медико-технической экспертизы».

9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 23.07.2019 № 521-н «Об утверждении перечня технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий, в отношении которых уполномоченным органом проводится медико-техническая экспертиза для определения соответствия приобретенного инвалидом (ветераном) за собственный счет технического средства реабилитации, протеза и протезно-ортопедического изделия предоставляемым уполномоченным органом техническим средствам реабилитации, протезам и протезно-ортопедическим изделиям, а также подлежащих замене по истечении установленного срока пользования, если необходимость замены подтверждена заключением медико-технической экспертизы».

10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» (ред. от 03.04.2020).

11. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2020).

12. Результаты научных исследований в области гериатрии. – URL : <https://nspu.ru/nauka/nauka-v-ngpu/> (дата обращения : 15.02.2024).

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН

В соответствии с ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» технические средства реабилитации *включают следующие позиции:*

1. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
2. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
3. Протезы и ортезы.
4. Ортопедическая обувь.
5. Противопрележневые матрацы и подушки.
6. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.
7. Специальная одежда.
8. Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения.
9. Собаки-проводники с комплектом снаряжения.
10. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
11. Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
12. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
13. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами.
14. Телефонные устройства с текстовым выходом.
15. Голосообразующие аппараты.
16. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче - и калоприемники).
17. Абсорбирующее белье, подгузники.
18. Кресла-стулья с санитарным оснащением.
19. Брайлевский дисплей, программное обеспечение экранного доступа.

В стандарте ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» предусмотрена трехступенчатая иерархическая классификация ТСР с цифровой системой кодирования.

Классификация включает:

- класс 04 – средства медицинской реабилитации;
- класс 05 – средства обучения (тренировки) навыкам;
- класс 06 – аппараты ортопедические и протезы;
- класс 09 – средства для самообслуживания и индивидуальной защиты;

- класс 12 – средства для самостоятельного передвижения;
- класс 15 – средства для домоводства;
- класс 18 – домашние принадлежности и приспособления;
- класс 21 – средства связи, информации и сигнализации;
- класс 24 – средства для обращения с предметами, бытовыми приборами и аппаратурой;
- класс 27 – средства и оборудование для улучшения окружающей среды, приборы и механизмы;
- класс 30 – средства для досуга (отдыха).

1. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни

Трость опорная – приспособление в виде стержня из металла, дерева, пластмассы для опоры при ходьбе с ручкой и упором на кисть.

Трость обеспечивает увеличение площади опоры и вертикальной устойчивости пользователя, а также снижает нагрузку на поврежденную сторону. Способствует симметричности девиации тела при ходьбе.



Модель трости с 4 ножками



Модель ручек трости



Трость опорная складная

Костыли – это вспомогательные технические средства, предназначенные для облегчения ходьбы, имеющие ножку, рукоятку и опору на подмышечную область (или предплечье). Костыли бывают различных типов: с опорой под локоть и подмышечные.



Костыль с опорой под локоть с устройством противоскольжения



Костыль с опорой на предплечье

Опоры (ходунки, манеж, рамы, палки-опоры) – приспособления, предназначенные для поддержания вертикального положения и ходьбы инвалидов с выраженными нарушениями возможности передвижения.

Виды опор:

опора в кровать веревочная;

опора в кровать металлическая;

опора для ползания для детей-инвалидов;

опора для сидения для детей-инвалидов;

опора для лежания для детей-инвалидов;

опора для стояния для детей-инвалидов;

ходунки шагающие;

ходунки на колесах;

ходунки с опорой на предплечье;

ходунки, изготавливаемые по индивидуальному заказу;

ходунки с подмышечной опорой;

ходунки-роллаторы.



Опора в кровать веревочная



Опора кровать металлическая

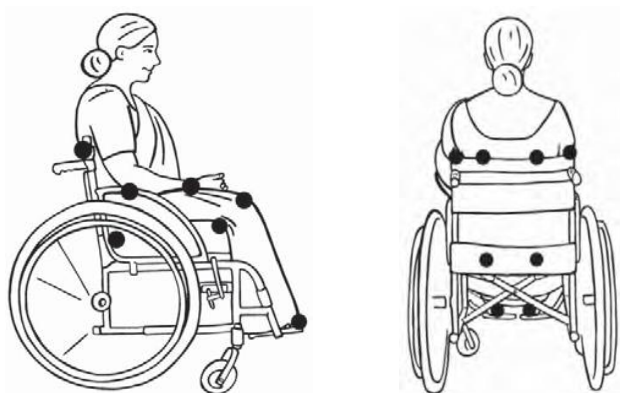
Поручни. В туалетных, ванных и душевых комнатах (кабинах), доступных для инвалидов, в том числе инвалидов, перемещающихся в креслах-колясках, должны быть установлены поручни.



Рис. Поручни для самоподнимания

2. Кресла-коляски

Классификация кресел-колясок (класс 12 21) включает:
кресла-коляски модульного типа,
кресла-коляски универсальные,
комнатные,
прогулочные,
спортивные,
детские,
складные и нескладные,
кресла – коляски с механизмом подъема и опускания (посадки) пользователя
на сиденье кресла-коляски,
кресла – коляски активного типа.



Зоны пользователя кресла-коляски, чувствительные к сдавлению и опасные с точки зрения развития пролежней и повреждений.



Рис. Кресло-коляска с электроприводом



Рис. Кресло-коляска с электроприводом и встроенным ступенькоходом

3. Виды и типы протезов верхних конечностей

Протезы верхних конечностей в зависимости от уровня ампутации и (или) врождённого дефекта подразделяются на следующие виды:

- протезы пальцев;
- протезы кисти;
- протезы предплечья;
- протезы плеча;
- протезы после вычленения плеча.



Протез пальцев



Функционально-косметический протез предплечья

Протез предназначен для протезирования взрослых пациентов всех половозрастных групп (кроме детей), имеющих ампутационные и (или) врождённые дефекты предплечья, с целью восполнения косметического дефекта и частичного восстановления функциональных свойств верхних конечностей.



Рис. Протез кисти



Рис. Протез плеча функционально-косметический

4. Протезы нижних конечностей

Протезы нижних конечностей предназначены для максимально возможного восстановления утраченных больным опорно-двигательных функций, а также компенсации имеющегося косметического дефекта.

При протезировании нижних конечностей необходимо учитывать вид протезирования: первичное или повторное протезирование, при которых используются типовые (простые), сложные и атипичные конструкции протезов.

Протезы нижних конечностей подразделяются (в зависимости от уровня ампутации или врождённого дефекта по типу культы сегмента конечности) на следующие виды:

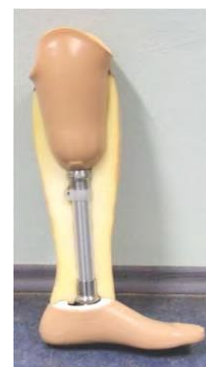
- протезы стопы (индекс ПНО);
- протезы голени (индекс ПНЗ);
- протезы бедра (индекс ПНБ);
- протезы после вычленения бедра.



Протез стопы и вкладной башмачок



Протезы-подставки при двусторонней ампутации бедер



Протез стопы модульный

5.

Экзопротез молочной железы

Экзопротезы молочной железы – это искусственные внешние имитаторы молочной железы. Экзопротезы являются комплексным (косметическим и лечебно-профилактическим) средством. Они обеспечивают восполнение массы утраченного органа, весовой баланс тела, предупреждая вторичные деформации.

Можно выделить следующие *типы экзопротезов молочной железы*:

- послеоперационные экзопротезы;
- экзопротезы для постоянного дневного ношения;
- облегченные экзопротезы;
- специальные экзопротезы;
- адгезивные экзоформы.



Экзопротез молочной железы послеоперационный



Экзопротез молочной железы с возможностью корректировки объема



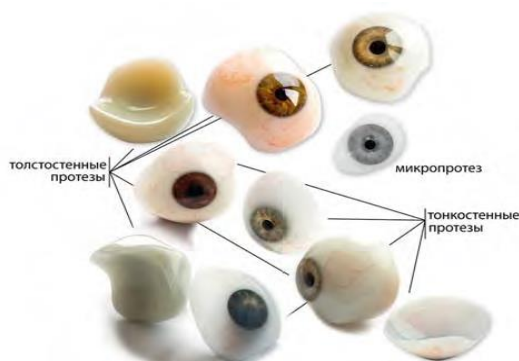
Модель секторальных протезов молочной железы

6. Зубные, глазные, лицевые протезы, протез голосовой

Зубные протезы делятся на следующие виды: *несъемные и съемные*.

Съемные протезы можно использовать при любом дефекте зубного ряда. Выбор конструкции зубного протеза зависит от величины дефекта зуба или зубного ряда, состояния парадонта и протезного ложа.

Глазной протез – специальное устройство, которое вводят в конъюнктивальный мешок преимущественно с косметической целью при отсутствии глазного яблока или его атрофии.



Виды глазных протезов



Примерка глазного протеза

Протез ушной. Все дефекты челюстно-лицевой области, требующие лицевого протезирования, классифицируются по анатомическому признаку: дефекты ушной раковины; дефекты орбиты; дефекты носа; комбинированные дефекты, включающие две или более области.



Примеры протеза ушной раковины с использованием импланта

Протез носовой. Протезирование носа производят при дефектах лица вследствие огнестрельных ранений, механических повреждений, после удаления опухолей, хронических заболеваний (сифилиса, туберкулезной волчанки).



Протез лицевой комбинированный – (эктопротезы) предназначен для восстановления части лица (по форме и контуру имеющегося у пациента дефекта лица). Протезы лица изготавливаются из пластмасс или силикона.

7. Бандажи

Бандажи (от фр. bandage – повязка) – это специальные приспособления, предназначенные для предупреждения выхождения органов брюшной полости через грыжевые ворота (грыжевой бандаж), укрепления брюшного пресса и поддержания внутренних органов (поясной бандаж), поддержания пораженных или травмированных суставов, связок, мышц.

Бандаж жесткой конструкции назначается больным, у которых сила грыжевого выпячивания составляет более 4 кг, она измеряется при помощи специального устройства.



Строение грыжевого пахового двустороннего бандажа



Грыжевый паховый односторонний бандаж



Грыжевый паховый двухсторонний бандаж для женщин



Бандаж на лучезапястный сустав при занятии спортом и поднятии тяжести



Бандаж ортопедический жесткий

Бандаж на верхнюю конечность «Косынка» применяется для обеспечения надежной фиксации верхней конечности. Назначается при вывихах плеча, после операции и травмах плеча, артритах и артрозах плечевого сустава.

Бандаж на тазобедренный сустав. Используются при растяжении мышечно-связочного аппарата сустава и ушибах мышц.

Бандаж на коленный сустав является наиболее часто применяемым изделием при травмах нижних конечностей, в реабилитационном периоде после травм и операций коленного сустава, при легкой нестабильности коленного сустава, артрозоартритах, бурситах, сановитах, умеренно выраженной варусной и вальгусной девиации голени, рекурвации в коленном суставе, менисцитах, лигаментитах и после артроскопического воздействия.

Бандаж на голеностопный сустав применяется при нестабильности голеностопного сустава, после травм в период реабилитации, повреждениях капсульно-связочного аппарата, при остеоартрозе, артритах, теносивитах, ахиллобурситах и с профилактической целью.

Бандаж компрессионный на нижнюю конечность предназначен для поддержания мягких мышечных тканей при лечении локальной венозной недостаточности, посттравматических осложнениях (гематомах, ушибах и др.), в послеоперационный период, при мышечных болях.

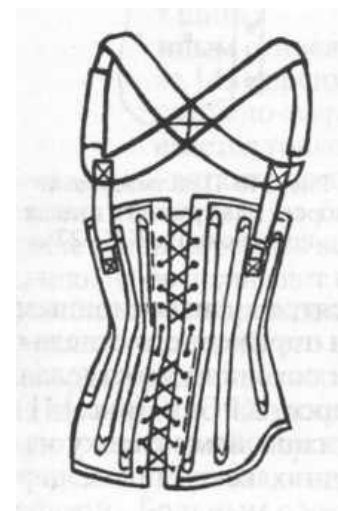
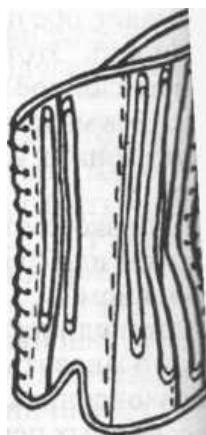
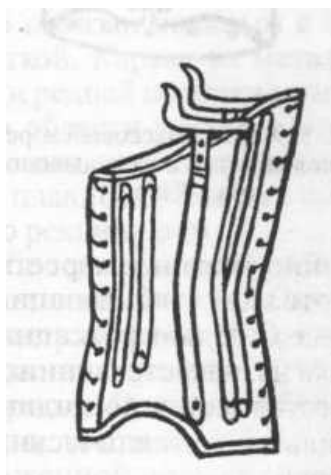
Бандаж ортопедический на верхнюю конечность для улучшения лимфоток, в том числе после ампутации молочной железы, обеспечивает необходимую степень фиксации послеоперационного шва, защищает его от нежелательного воздействия и травмирования, способствует острому заживлению, создает необходимую компрессию, обеспечивает при этом комфортное положение здоровой груди.

Бандаж на шейный отдел позвоночника обеспечивает: умеренную фиксацию шейного отдела позвоночника и головы; разгрузку тел шейных позвонков и мышечно-связочного аппарата шеи; нормализацию кровообращения головы и шеи; ограничение движения в шейном отделе позвоночника.

8. Корсеты и реклинаторы

Корсеты – это ортопедические аппараты, назначаемые как при заболеваниях, так и при искривлении позвоночника. Цель корсета – фиксация позвоночника в нормальном физиологическом состоянии и частичная его разгрузка, а также исправление различных деформаций (коррекция).

По функциональному назначению существуют следующие виды корсетов: *фиксирующие (фиксационно-корректирующие)* и *функциональные (функционально-корректирующие)* корсеты.



Различные виды корсетов (с реклинатором, текстильный)

Реклинаторы – это изделие из эластичной ткани на верхнегрудной отдел позвоночника, предназначенное для разведения плеч и выработки правильного стереотипа осанки. Реклинаторы обеспечивают разведение верхнего плечевого

пояса с прижатием лопаток; создают мягкую и полужесткую фиксацию грудного отдела позвоночника, что приводит к разгрузке его грудно-поясничного отдела; устраняют избыточный тонус мышц спины.

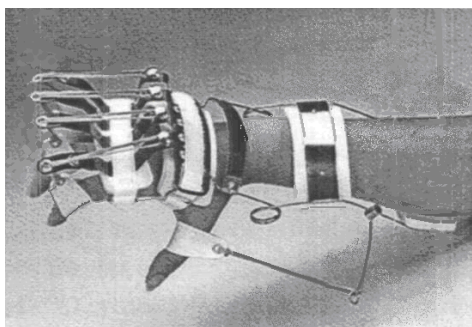


Реклинатор для взрослых

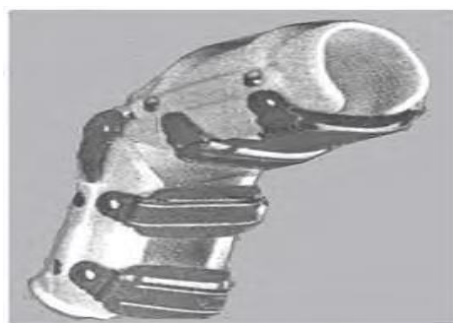
9. Аппараты

Ортопедический аппарат — устройство, надеваемое на сегменты или всю конечность человека в целях восстановления двигательных функций и (или) предупреждения развития деформаций путём разгрузки или фиксации в положении достигаемой коррекции.

Ортопедические аппараты (далее аппараты) включают в себя аппараты на верхние и нижние конечности.



Аппарат на кисть при параличе пальцев



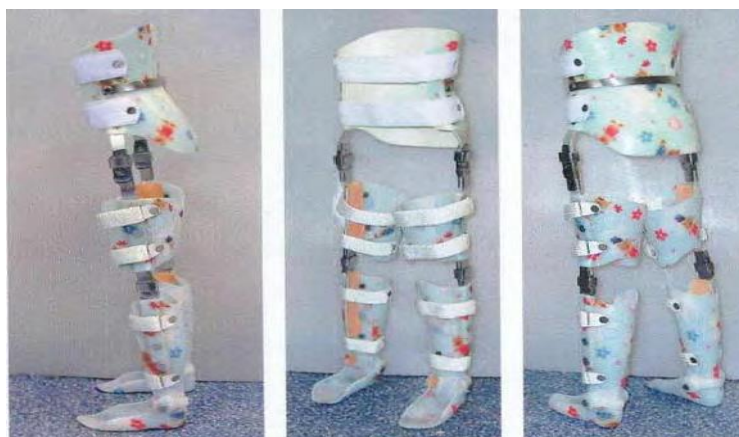
Аппарат на локтевой сустав

Аппарат на голеностопный сустав предназначен для ортезирования детей и взрослых с различными по тяжести и распространённости вялыми параличами нижних конечностей различной этиологии (отвисающая стопа, нефиксированные деформации стопы), при замедленном сращении переломов костей, ложных суставах, заболеваниях и деформациях голеностопного сустава и стопы.



Различные модификации аппарата на голеностопный сустав

Аппарат на нижние конечности и туловище назначается больным с парапарезом нижних конечностей при прогрессирующей миодистрофии; после травм и перенесённых заболеваний спинного мозга; при несовершенном остеогенезе; распространённом параличе или парезе мышц нижних конечностей с нарушением замыкательной функции в тазобедренных и коленных суставах, а также ДЦП.



10. Тutory

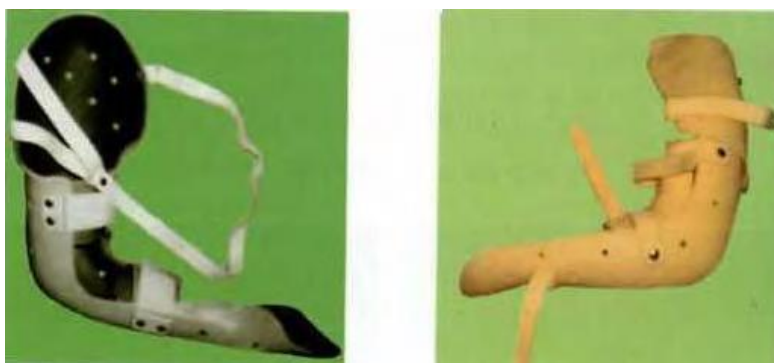
Основное предназначение любого тьютора на верхнюю конечность – обеспечение фиксации сустава (ов) и сегмента (ов) конечности с удержанием руки в определённом функционально выгодном положении. Кроме того, он должен обеспечивать вовлечение руки с функционирующей кистью в выполнение возможных бытовых или трудовых операций и относится к устройствам фиксации-корректирующего типа.

Тьютор на лучезапястный сустав назначается при воспалительных заболеваниях в подостром состоянии или в стадии затихания, при параличах, с целью удержания кисти в скорректированном положении и для профилактики деформаций, при ложных суставах и после операций в нижней трети предплечья и других состояниях.

Тутор на предплечье назначается во всех случаях, когда необходима фиксация предплечья при последствиях травм, заболеваний, замедленной консолидации при переломах костей.

Тутор на локтевой сустав назначается для фиксации локтевого сустава в определённом положении при его травме или заболеваниях, например дефектах костной ткани в области локтевого сустава, ложных суставах нижней трети плеча и верхней трети предплечья, параличе мышц локтевого сустава и т.д.

Тутор на всю руку назначается для обеспечения фиксации всей верхней конечности при воспалительных заболеваниях в одном или нескольких сегментах или суставах конечности, дефектах костной ткани, ложных суставах, привычных вывихах плеча, после операций и др.



Туторы на всю руку с захватом плечевого сустава

Тутор на голеностопный сустав предназначен для фиксации голеностопного сустава в определённом положении при воспалительных заболеваниях в подострой стадии или стадии затихания, параличе мышц голени и стопы (отвисающая, разболтанная стопа), после операций в области голеностопного сустава, значительно выраженных артрозах, замедленной консолидации перелома костей стопы или голени в нижней трети и др.

Туторы косметические назначаются с косметической целью для скрытия дефекта при значительной атрофии икроножной мышцы или при нерезко выраженных деформациях голени, преимущественно женщинам.

Тутор на коленный сустав назначается во всех случаях, когда необходима фиксация коленного сустава в определённом положении, например, при воспалительных заболеваниях и параличе мышц коленного сустава, разболтанности или рекурвации в нём и т.д.

Тутор на тазобедренный сустав назначается для фиксации тазобедренного сустава в определённом положении, в частности: при воспалительных заболеваниях тазобедренного сустава, артрозах, для профилактики контрактур и после их устранения, после различных операций на тазобедренном суставе и т.д.

Тутор на коленный и тазобедренный суставы назначается для иммобилизации таза и тазобедренного сустава в определённом положении после резекции или артрореза, в период консолидации области перелома тазобедренного сустава и верхней трети бедра, после неудачного эндопротезирования.

11. Ортопедическая обувь

Ортопедическая обувь – это обувь специальной формы и конструкции, которую изготавливают для больных и инвалидов с деформациями, дефектами или функциональной недостаточностью стоп с целью компенсации утраченных функций нижних конечностей.

Ортопедическая обувь при плоской стопе используется, когда имеется врожденная патология, травмы, паралич, рахит, статические нагрузки.

Ортопедическая обувь при вальгусной стопе используется, когда имеется недостаточность мышечно-связочного аппарата стопы.

Ортопедическая обувь при эквиноварусной (косолапой) стопе используется, когда имеется деформация стопы, выражающаяся в супинации стопы (опущении наружного края и приподнятия внутреннего края), углублении продольного свода, аддукции (приведении переднего отдела стопы внутрь и искривлении краев стопы), варусном отведении пятки и эквинусном (фиксированном) сгибании стопы.



Ортопедическая обувь при косолапии



Ортопедическая обувь при укорочении конечности



Ортопедическая обувь для взрослых инвалидов и детей-инвалидов

12. Противопрележневые матрацы и подушки

Выделяются следующие модификации противопрележневых матрацев и подушек:

- протопрележневый матрац полиуретановый;
- протопрележневый матрац гелевый;
- протопрележневый матрац воздушный (с компрессором);
- протопрележневая подушка полиуретановая;
- протопрележневая подушка гелевая;
- протопрележневая подушка воздушная.

13. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов

Виды и технических средства реабилитации для одевания, раздевания и захвата предметов:

- приспособление для надевания рубашек;
- приспособление для надевания колгот;
- приспособление для надевания носков;
- приспособление (крючок) для застегивания пуговиц;
- захват активный;
- захват для удержания посуды;
- захват для открывания крышек;
- захват для ключей;
- крюк на длинной ручке (для открывания форточек, створок окна и т.д.).



Приспособление для надевания носков



Приспособление для надевания рубашки



Приспособление для застегивания пуговиц

Захват для удержания посуды предназначен для инвалидов с дефектами верхних конечностей. Существуют захваты для посуды различных модификаций: съемные, стационарные, на присосках, наклоняемые и не наклоняемые, с гибким штативом.

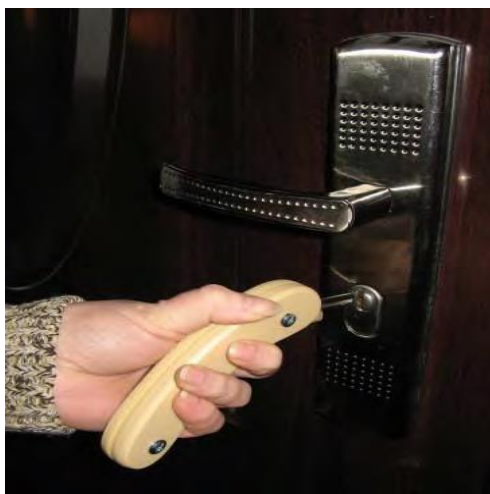


Нескользящий коврик для посуды



Рельефный держатель для чашек

Захват для ключей представляет собой устройство с объемной рукояткой и вместителем для ключа, позволяющее удерживать и манипулировать ключом инвалидам с нарушением функций схвата и удержания кистей рук.



14. Специальная одежда

Основными принципами при создании специальной одежды являются:

- соблюдение органической взаимосвязи между человеком, протезно-ортопедическим изделием (если имеется) и одеждой;
- использование специфических качеств материалов при изготовлении одежды;
- внесение изменений в основу построения типовых конструкций одежды с учетом функциональных возможностей инвалидов;
- включение элементов специальной фурнитуры для повышения функциональности одежды;
- соблюдение гигиенических норм;
- возможность поэтапного надевания и снятия одежды в соответствии с функциональными возможностями инвалидов;
- обеспечение инвалиду возможности самостоятельного пользования одеждой (при необходимости – с помощью специальных приспособлений);
- соответствие специальной одежды общепринятым направлениям моды и эстетическим требованиям.

15. Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения

Инвалиды с патологией органа зрения за счет средств федерального бюджета обеспечиваются следующими видами технических средств реабилитации: специальным устройством для чтения «говорящих книг» на флэш-картах; электронным ручным видеоувеличителем; электронным стационарным видеоувеличителем; лупой; лупой с подсветкой.



Портативный четырехдорожечный тифлоплеер



Модель электронного ручного видеоувеличителя в виде компьютерной мыши



Электронный стационарный видеоувеличитель



Специальное устройство для чтения «говорящих» книг на флэши-картах с синтезом речи и поддержкой формата DAISY

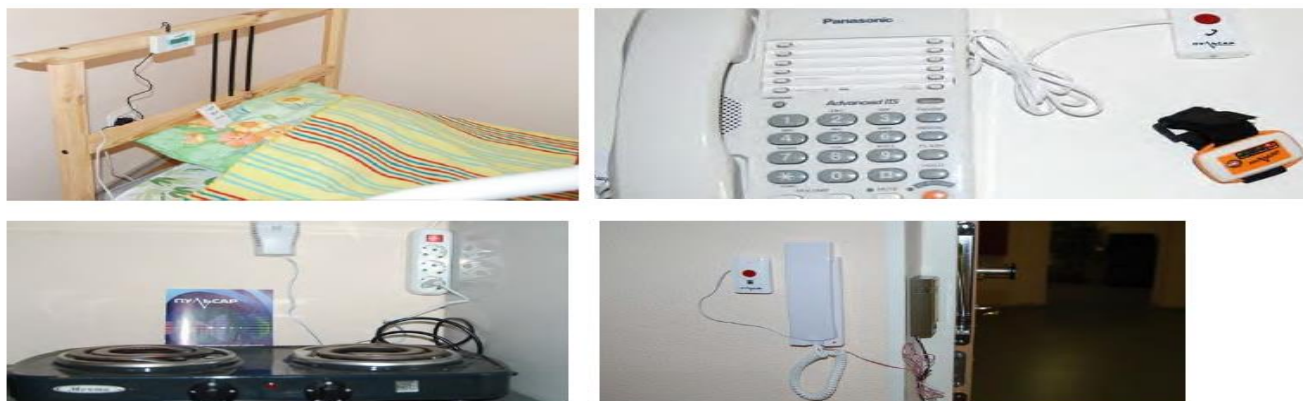
16. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом

Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом предназначены для самостоятельного контроля состояния артериального давления и температуры тела инвалидами по зрению. Медицинские термометры и тонометры выводят полученные в результате измерения данные в виде речевого сигнала.

Медицинский термометр с речевым выходом имеет высокое быстродействие, точность измерения, автоматическое выключение, сохранение в памяти последнего измерения.

17. Сигнализаторы звука световые и вибрационные

Сигнализаторы звука – это устройства, состоящие из датчика, устанавливаемого у источника звука (телефонной трубки, дверного замка, домофона, плача ребенка), и приемника (крепящегося на руке или одежде), который преобразует полученные сигналы в световые или вибрационные сигналы.



Модели беспроводной сигнальной системы с вибрационным и световым сигналом, включающий удобный наручный приемник, передатчик дверного звонка, домофона, телефона, кнопки вызова для лежачих больных

Сигнализатор звука цифровой со световой индикацией предназначен для информирования инвалидов с нарушением слуха о наличии звуковых сигналов домофона, дверного и телефонного звонков и восстановления способности инвалидов к ориентации.

18. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления

Нарушения слуха являются основной причиной ограничений способности у инвалидов с патологией органа слуха к общению, ориентации, обучению, трудовой деятельности. Важнейшим и нередко единственным средством реабилитации лиц с нарушением слуха является слухопротезирование (электроакустическая коррекция).

Слухопротезирование – комплекс мероприятий по улучшению слуха при тугоухости, включающий подбор слухового аппарата, обучение и тренировку в пользовании им.

Слуховой аппарат – электронный прибор, предназначенный для звукоусиления по воздушному или костному звукопроведению. Его основное назначение – преобразование сигнала, создаваемого источником звуковой информации, таким образом, чтобы этот сигнал смог быть воспринят слабослышащим человеком с достаточно высокой степенью слухового ощущения.





! Модель внутриушного слухового аппарата



Модель внутриканального слухового аппарата



Современный слуховой аппарат системы Alpha с креплением звукового процессора за счет магнита на мягкой головной ленте

19. Телевизор с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами

Телевизор с телетекстом предназначен для приема телесигнала, несущего информацию о телевизионном изображении, и вывода звукового сигнала в текстовый.

Телевизор с телетекстом должен обеспечивать беспрепятственный доступ инвалидов с нарушением слуха к информации в виде субтитров, передаваемых системой «Телетекст».

Медицинскими показаниями к обеспечению инвалидов телевизорами с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами являются: нарушение слуховых функций IV степени и глухота; нарушение слуховых функций III степени (при неэффективности слухопротезирования).

Телефонное устройство с текстовым выходом предназначено для приема звукового радиосигнала, несущего информацию, и вывода в текстовом формате. Может быть представлено в виде аппарата телефонного мобильного или факсимильного аппарата.



Телефонное устройство с текстовым выходом

20. Голосообразующий аппарат

Под термином «голосообразующий аппарат» или «электронная гортань» понимают обобщенное название одного из классов технических устройств, позволяющих разговаривать людям с удаленной гортанью, утратившим голос и

Методические рекомендации

Под общей редакцией:
Марины Эдуардовны Беспаловой,
Елены Сергеевны Юшковой

Составитель:
Марина Викторовна Пикинская

Ответственный редактор Марина Викторовна Пикинская
Технический редактор, оформление М. В. Пикинская
Корректор М. В. Пикинская

Подписано в печать 01.04.2024. Формат 60х90х1/8. Бумага ВХИ.
Гарнитура «Arial». Печать цифровая. Усл. печ. л. 1,2.

Тираж 30. Зак. № 1

Издательство бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Ресурсный центр развития социального обслуживания»,
628418, Тюменская обл., ХМАО – Югра, г. Сургут,
ул. Лермонтова, д. 3/1,
т./ф.: 8(3462) 550-558
e-mail: MetodCentr@admhmao.ru;
official site: rcsur.ru