

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНА
приказом областного автономного учреждения
социального обслуживания «Холмский
комплексный центр социального обслуживания
учреждения» от 24.11.2023 № 257

**Программа обучения «Школы ухода» в областном автономном учреждении
социального обслуживания «Холмский комплексный центр социального
обслуживания населения»**

Введение

Целью программы обучения Школы ухода является обучение членов семьи, родственников граждан пожилого возраста, инвалидов и других лиц, осуществляющих уход за тяжелобольными людьми, а также специалистов по социальной работе и социальных работников принципам общего ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями для повышения качества их жизни, методам самообслуживания, самоконтроля, основам реабилитации в домашних условиях.

Задачи программы обучения:

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

Целевая аудитория:

- члены семьи, родственники граждан пожилого возраста, инвалидов и других лиц, осуществляющих уход за тяжелобольными людьми,
- граждане (пожилые люди, инвалиды, граждане, трудоспособного возраста, не являющиеся инвалидами), желающие овладеть навыками ухода и самоухода;
- специалисты по социальной работе и социальные работники.

Основные разделы программы

1. Морально-этические нормы и правила ухода за лицами, нуждающимися в уходе. Поддержание социального функционирования лиц, нуждающихся в уходе.
2. Организация быта. Оформление среды лежачего больного.
 - 2.1. Правильный выбор кровати.
 - 2.2. Рекомендации по организации пространства, которые необходимо учесть при выборе комнаты и мебели.
 - 2.3. Требования, предъявляемые к постельному белью и принадлежностям.
3. Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений.
 - 3.1. Измерение основных параметров жизнедеятельности человека.
 - 3.2. Организация питания и питьевого режима.
 - 3.3. Гигиенические процедуры.
 - 3.4. Правила и принципы перемещения.
4. Технические средства реабилитации (ТСР) для граждан, нуждающихся в долговременном уходе.

Тематический план

№ п/п	Наименование модулей и тем	Продолжи тельность, час.
1.	Морально-этические нормы и правила ухода за лицами, нуждающимися в уходе. Поддержание социального функционирования лиц, нуждающихся в уходе	0,50
2.	Организация быта. Оформление среды лежачего больного	1,00
2.1.	Правильный выбор кровати	0,25
2.2.	Рекомендации по организации пространства, которые необходимо учесть при выборе комнаты и мебели	0,50
2.3.	Требования, предъявляемые к постельному белью и принадлежностям	0,25
3.	Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений	2,50
3.1.	Измерение основных параметров жизнедеятельности человека	0,50
3.2.	Организация питания и питьевого режима	1,00
3.3.	Гигиенические процедуры	0,50
3.4.	Правила и принципы перемещения	1,50
4.	Технические средства реабилитации (ТСР) для граждан, нуждающихся в долговременном уходе	1,30

1.1. Морально-этические нормы и правила организации ухода за лицами, нуждающимися в уходе.

Этика – это система моральных и нравственных норм в отношении подопечного и помощника по уходу.

Основные принципы работы:

- Вежливость;
- Терпеливость;
- Чуткость;
- Душевная теплота;
- Приветливость;
- Заботливое отношение к подопечном

– В критических ситуациях (остановка сердца и пр.) нельзя допускать паники и растерянности. Действия должны быть четкими, целенаправленными, без суеты. Недопустимы крики. Необходимо подойти на расстояние, при котором возможен не громкий разговор;

- Должный внешний вид.

Этические принципы:

– Принцип справедливости/не причинение вреда – требует равного отношения и оказания равноценной помощи всем подопечным вне зависимости от профессии, положения и иных внешних обстоятельств.

– Принцип милосердия – « Я принесу добро, или, по крайней мере, не причиню ему вреда».

- Принцип автономии – уважение к личности каждого.

– Принцип полноты оказания помощи – подразумевает профессиональное оказание помощи и профессионального отношения к каждому.

Правила эффективного общения:

- Создать приятную атмосферу общения;
- Добиться доверительного отношения;
- Уметь слушать;
- Обратить внимание на свой внешний вид и расстояние до собеседника;
- Точно формулировать вопросы;
- Принимайте особенности возраста;
- Не переходите на «ты»;
- Будьте другом, но помните, что вы на работе;
- Не спорьте, а войдите в реальность подопечного;
- Придумайте 10 дел (Если подопечный в силах, то помогите и ему

составить такой список. Никогда не поздно укреплять здоровье, поэтому такой опыт пойдет только на пользу. Возможно, это будет даже какая-то обязанность — поливать цветы или кормить кота).

Правила организации ухода.

Уход – т.е. мероприятия, обеспечивающие квалифицированную помощь. Облегчение больному приема пищи и лекарств, должного режима активности, создание у него положительного настроения и условий – это не только совокупность

профессиональных навыков, но и акт большого человеческого милосердия. Нуждаемость в постоянном постороннем уходе - это утрата гражданином способности к самообслуживанию, приводящая к нуждемости в постоянной посторонней помощи и уходе и полной зависимости от других лиц.

Уход за больным разделяется на две основных части: **общий и специальный**. Что такое **общий уход**? Это создание для больного оптимальных гигиенических условий (чистота тела и одежды, помощь при физиологических отправлениях, опрятная и удобная постель, условия приема пищи, порядок, чистота и уют в комнате, где находится больной); это слежение за своевременным приемом всех назначенных больным лекарств и проведение необходимых процедур (массаж, втирание мазей, ингаляции); это обеспечение круглосуточного наблюдения за улучшением или ухудшением состояния больного, его объективным и субъективным самочувствием.

А что входит в понятие **специальный уход**? Это манипуляции, обусловленные спецификой отдельных заболеваний (введение катетера, кормление через зонд, внутривенные вливания, капельницы и пр.), как правило, осуществляемые не помощником по уходу, а медицинским работником. Но график их проведения контролирует тот, кто ухаживает за больным, в нашем случае – помощник по уходу.

Социальная поддержка. Этим термином обозначают неспецифическую помощь больным. Так, поддержание беседы с больным, позволяющее ему получить социальную поддержку, окрепнуть духом, активней бороться с болезнью или прекращение чрезмерного трагедизирования непоправимых изменений организма (скажем, ампутации ноги), является активным методом духовной поддержки больного. Одобрение поведения больного, поощрение его попыток самообслуживания, положительная оценка внешности пациента ("О, сегодня вы выглядите заметно лучше!"), а также благодарность за терпение при неприятных процедурах, за стремление как-то облегчить работу помощника по уходу – всё это относится к методам социальной поддержки подопечного. Главное – помнить, что социальная поддержка не всегда дает результаты моментально, попытки наладить контакт с подопечным, повысить его самооценку и настроить на активное сопротивление болезни следует повторять, тактично и грамотно, снова и снова. Она позволяет изменить поведение человека, поднимает его настроение, побуждает без капризов выполнять все необходимые манипуляции. Если проводить такие "мини-сеансы" социальной поддержки, она непременно даст эффект.

2. Организация быта. Оформление среды лежачего больного.

Если Вы ухаживаете за лежачим родственником, то понимаете, насколько важно позаботиться о комфортной и удобной обстановке вокруг. В такой трудной ситуации правильная организация пространства и наличие специальных бытовых предметов помогут в значительной степени упростить процесс ухода и гигиены, а человеку, вынужденному быть прикованным к постели, создают комфортную среду.

2.1. Правильный выбор кровати.

Одним из приоритетных вопросов при организации пространства становится выбор подходящей кровати и противопролежневого матраса. Для лежачих пациентов лучше выбирать специальную медицинскую кровать с регулируемыми секциями, подъемной спинкой, регулировкой высоты или отверстиями под судно. Выбирая кровать без регулировки высоты, следует ориентироваться на людей, которые будут осуществлять уход. Их рост должен позволять переворачивать больного, переодевать его, быстро менять постельное и т. д. Отдельное внимание следует обратить на модели кроватей с колесами — они легко перемещаются по комнате, если это необходимо. В зависимости от модели кровати имеют различные дополнительные конструктивные элементы, которые облегчают процесс ежедневной гигиены или служат дополнительной защитой от падений и различных повреждений кровати (например, боковые бортики). Если у человека достаточно сильные руки и он может сам садиться, можно использовать механизм с ручкой над кроватью. Взявшись за такую ручку и подтянувшись, можно самостоятельно сесть, либо переместиться. Когда тело длительное время находится в обездвиженном положении, велика вероятность появления пролежней. Профилактика появления пролежней крайне важный вопрос для ухаживающего за лежачим. И здесь немаловажная роль отводится не только соответствующей гигиене и косметическим средствам, но и матрасам. Для лечения уже появившихся пролежней и язв, а также для профилактики используют противопролежневые матрасы. Выбор типа матраса определяется степенью подвижности человека. При незначительных ограничениях в движениях, можно выбирать статичный. За счет точной подстройки под анатомию тела, матрас устраняет излишнее давление в проблемных зонах (плечи, таз, пятки, локти). Если человек не поднимается с постели, но все-таки может двигаться (например, поворачиваться), можно выбирать ячеистые матрасы, конструкция которых состоит из множества ячеек. Воздух в ячейки подкачивается в разные области матраса автоматически компрессором, что создает эффект массажа. Для обездвиженных людей лучше выбирать балонные (трубчатые) матрасы, механизм которых устроен по аналогичному принципу.

2.2. Рекомендации по организации пространства, которые необходимо учесть при выборе комнаты и мебели.

✓ Обустройство прикроватной зоны. Если пациент сам ест, пьет, читает или делает что-то еще, рядом с кроватью должна стоять большая удобная тумбочка,

на которой можно размещать подносы, посуду, различные гигиенические изделия. В ящиках тумбочки удобно хранить салфетки, лекарства, различные средства по уходу. Если же пациент не контролирует свое состояние и может съесть что-то нежелательное, выпить несъедобные вещества, все потенциально опасное следует убирать далеко от кровати — вне зоны его досягаемости.

✓ Наличие окна. Крайне желательно, чтобы в комнате было хотя бы одно окно, поскольку естественный свет необходим человеку, не имеющему возможности покидать одно и то же место долгое время.

✓ Расположение двери. Дверь должна располагаться относительно кровати таким образом, чтобы больной всегда видел, кто именно к нему заходит.

✓ Наличие дополнительного шкафа или нескольких шкафов. Чистое постельное белье, постиранную одежду, запасные подушки и одеяла лучше хранить в той же комнате, чтобы за ними не приходилось далеко ходить. А еще в шкафах удобно размещать запасы гигиенических средств — тех же памперсов и салфеток.

✓ Дополнительные места для сидения. Стулья, диваны, кресла — в комнате должна стоять мебель, которая позволит удобно разместиться посетителям: будь то ближайшие родственники или гости, которые пришли посетить больного. Обстановка должна способствовать хорошему и, если это возможно, продолжительному общению.

✓ Вся комната должна быть продумана таким образом, чтобы можно было минимальными усилиями сделать быструю и качественную влажную уборку. Не должно быть ковров с длинным ворсом и других элементов, накапливающих пыль. Хорошо моющийся пол, незахламленные стены, только основная мебель, практичный текстиль на окнах — обязательные условия.

✓ Чтобы добиться максимально здорового климата, комнату надо проветривать каждый день. В идеале стоит использовать очистители и увлажнители воздуха.

✓ Для размещения лежачего больного выбирают просторное, светлое помещение, в котором нет проблем с отоплением в зимний период.

2.3. Требования, предъявляемые к постельному белью и принадлежностям.

Правильно подобранные постельные принадлежности и белье способствуют выздоровлению и препятствуют развитию кожных заболеваний. Также от качества матраса, простыней зависит вероятность развития пролежней и опрелостей у лежачих больных. Большое значение имеет своевременная гигиена постельного белья, от которой зависит не только физическое, но и психо-эмоциональное состояние пациента.

Наволочки, простыни и пододеяльники для лежачих больных должны быть из дышащих, хорошо впитывающих влагу тканей. Чаще всего используется хлопчатобумажное, бамбуковое и льняное постельное белье. Гипоаллергенность - обязательное требование, так как постельное белье постоянно соприкасается с кожей больного. Исключаются любые швы, заплатки, пуговицы. Лучше всего выбирать постельное светлых тонов или неокрашенное белое. Комплектов должно

быть несколько, не менее 3-х. Для лучшей фиксации на матрасе можно использовать простыни на резинке. Их легче надевать, они не скатываются и не перекручиваются при движении пациента. Матрасы подбираются с учетом заболевания пациента и вида кровати. По общим требованиям матрасы должны быть ортопедическими, сверху должен быть надет наматрасник из дышащих, но не пропускающих влагу материалов. Подушки лучше использовать синтетические, гипоаллергенные, допускающие стирку. Одеяло легкое, из натуральных или искусственных материалов, хорошо согревающее, не препятствующее воздухообмену. В жаркое время года допускается замена одеяла легкой простыней, при этом важно следить за общим состоянием и температурой конечностей больного, не допускать переохлаждения. При выборе постельного белья следует обращать внимание на прочность ткани и способность ее выдерживать многократные стирки.

Для предупреждения пролежней используют маленькую, наглухо зашитую подушечку, наполненную шариками или крупой. Ее делают простеганной, чтоб равномерно распределить наполнитель по всей площади. Без нескольких видов подушек можно обойтись, если использовать противолежневый матрас и медицинскую функциональную кровать с возможностью поднятия отдельных секций.

3. Обеспечение физиологических потребностей. Профилактика осложнений.

3.1. Измерение основных параметров жизнедеятельности человека.

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

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

Алгоритм измерения пульса:

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

✓ Пальпируют лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости.

✓ Сравнивают колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании исследование пульса продолжают на одной руке; при разном колебании — на той руке, где колебания выражены лучше). Определяют ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями).

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

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

✓ Определяют наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе).

✓ Оценивают свойства артериального пульса – ритм, частоту, напряжение, наполнение.

✓ Записывают частоту пульса в температурный лист (цифрами).

✓ Моют руки.

Места для измерения пульса представлены на рисунке 1.

Места для измерения пульса



Рис. 1 Места для измерения пульса.

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

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

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

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

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

Результаты измерений температуры фиксируют с указанием способа и времени измерения.

Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями.

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

Индекс массы тела (ИМТ) = масса тела (кг)/рост² (м).

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

Наблюдение за кожным покровом имеет большое значение, поскольку кожа пожилых и больных людей имеет особенности, связанные с происходящими изменениями в организме. Возникают различные дерматологические заболевания, не характерные для молодых и здоровых людей. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним. Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным больным регулярно проводят профилактику пролежней. Мочеиспускание и опорожнение кишечника. Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях - характера стула.

3.2. Организация питания и питьевого режима.

Питание – физиологический акт, направленный на поддержание жизни и здоровья человека с помощью пищи.

Один из основных принципов лечебного питания – сбалансированность пищевого рациона, т.е. соблюдение оптимального соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, жидкостей и воды при обеспечении суточной потребности человека в питательных веществах и энергии.

Питьевой режим – наиболее рациональный порядок потребления воды в течение суток. Правильный питьевой режим обеспечивает нормальный водно-солевой обмен, создает благоприятные условия для жизнедеятельности организма. 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. В большинстве случаев пациентам тяжело совершать глотательные движения (например, после инсульта у пациентов возникают проблемы при приеме жидкости или жидкой пищи). В некоторых случаях пациентам даже приходится заново учиться есть.

Аспирация (от лат. – *aspiratio*) – эффект «засасывания» пищи в дыхательные пути, возникающий из-за создания пониженного давления.

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

Необходимо придерживаться определенных правил при кормлении пациентов с нарушением глотания:

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

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

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

Профилактика аспирации:

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

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

Питание разделяют на активное, пассивное и искусственное.

Активно питающийся подопечный может сесть к столу, а при постельном режиме необходимо создать условия для приема пищи, сидя в постели. Тех, кто испытывает слабость, а также тяжелых больных кормят люди, предоставляющие уход. Подопечного следует убеждать в необходимости принимать пищу, даже если нет аппетита, настроения или желания. Это требует от ухаживающего лица большого терпения, однако это необходимо. Следует также иметь в виду, что, если

какие-то блюда вызывают у подопечного 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 подопечного.

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

Кормление лежачего подопечного. Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специальный для этих целей халат или фартук. Следует помочь подопечному принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Подопечному накрывают грудь нагрудником, если подопечный пользуется зубными протезами, одевают их. Перед началом приема пищи подопечному предлагают попить – это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить подопечного, одной рукой поддерживают голову пациента, а другой – держат кружку, из которой он пьет. Если подопечного поят из поильника, воду выливают под язык или за щеку, но не на язык, так как это увеличивает риск аспирации. При подаче пищи ложкой она должна быть наполнена не более чем на 2/3. Еду в рот подают сбоку с неповрежденной стороны. Сначала касаются ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так пациент поймет, что ложка с пищей находится у него во рту, и прикроет рот. Далее аккуратно вынимают ложку изо рта, скользя ей по верхней губе. После этого делают паузу, чтобы клиент мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи пациенту предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот больного салфеткой. После кормления подопечному помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы. Средства малой реабилитации при кормлении.

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

В таблице 1 представлены средства малой реабилитации при кормлении.

Табл. 1

Средства малой реабилитации при кормлении

Изображение	Предназначение/описание
	<p>Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды. Рекомендована гражданам, имеющим только одну руку. При отсутствии салфетки можно использовать мокрую скатерть или присоски</p>
	<p>Для того чтобы облегчить питье гражданам 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. Чашку можно мыть в посудомоечной машине</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 гражданина 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 гражданина</p>
	<p>Если у гражданина 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>

3.3. Гигиенические процедуры

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

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

Уход за полостью рта.

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

уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия. Для частично мобильного клиента. Необходимо встать за пациентом, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести эту процедуру. Если процедуру проводят в постели, порядок действий, следующий:

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

Завершая уход за полостью рта, обязательно очищают щеткой язык, снимая с него налет. Надевают перчатки. Подопечному придают полусидящее положение, накрывают его грудь клеенкой, к подбородку подставляют лоток для стекающей жидкости. Далее клиенту аккуратно чистят зубы - справа, слева, спереди, сверху, снизу. С помощью спринцовки струей воды, промывают полость рта справа и слева

Лежачие подопечные. Порядок действий при уходе следующий:

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

десны, язык, губы; повторно обработать влажными тампонами по тому же алгоритму;

– по возможности почистить зубы мягкой зубной щеткой.

Уход за ушами.

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

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

Уход за полостью носа.

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

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

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

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

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

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

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

Мытье подопечного.

В постели. Лежачего подопечного можно полностью помыть в ванне или провести обмывание всего тела в кровати. Процедуру проводят по плану, получив согласие пациента. Желательно, чтобы перед процедурой мытья пациент опорожнил

мочевой пузырь. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24 °С, температура воды - 37-40 °С. Ухаживающий надевает перчатки, убирает одеяло и снимает ночную рубашку (пижаму) с подопечного. Затем подопечного поворачивают на бок и подстилают под него непромокаемую простыню для защиты постельного белья в области ягодиц. Далее клиента переворачивают на спину, т.е. укладывают на подготовленную простыню. Пациента укрывают, обнажив лишь верхнюю часть тела. Смочив в мыльном растворе рукавичку-мочалку, подопечного обмывают в следующей последовательности: область шеи, декольте, грудь (у женщины тщательно промывают область под молочными железами), правая рука и подмышечная впадина, левая рука и подмышечная впадина, спина. После этого насухо вытирают кожу путем промокания, избегая грубых трущих движений. Далее верхнюю часть тела подопечного укрывают простыней, а нижнюю обнажают и обмывают в следующей последовательности: живот, правое бедро, правая нога (тщательно моют межпальцевые промежутки), левое бедро, левая нога, ягодицы. Кожу насухо вытирают путем промокания без грубых трущих движений. Затем проводят процедуру подмывания, расчесывают волосы, грязное белье убирают в мешок и меняют нательное белье. При мытье и вытирании следует внимательно осмотреть кожу подопечного в местах возможного образования пролежней, а также в областях кожных складок, подмышечных впадин, промежностей и подгрудных складок (места наибольшего скопления пота и грязи).

В ванне. Температура в помещении должна быть около 24 °С, на пол около ванны кладут нескользящие коврики, на стенах должны быть поручни, на полу в ванной не должно быть воды. Необходимые принадлежности - полотенце, чистое белье и халат.

Температура воды в ванне должна составлять 35-37 °С. При нарушении функций нижних конечностей подопечный перемещается со стула на край ванны, одной рукой держась за настенный поручень. С помощью другой руки подопечный перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и далее, держась одной рукой за поручень, а другой – за край ванны, опускается в нее. Мытье в ванне начинают со смачивания всего тела теплой водой, моют голову, затем – тело, руки, ноги. Положение больного в ванне – полулежа с упором на подставку для ног. Вода должна доходить до верхней трети груди больного и не покрывать область сердца.

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

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

Одевание нательного белья. Рукав рубашки подопечного, предназначенный для одевания на больную конечность, собирают одной рукой. Вторую руку просовывают в собранный рукав. Ухаживающий кладет кисть высунутой из рукава больной руки себе на ладонь, а рукав рубашки переносит со своей руки на больную руку пациента до плеча, после чего ее укладывает. Далее надевают второй рукав на здоровую руку и просят подопечного, чтобы он, удерживая здоровой рукой

больную, поднял руки и голову. Ухаживающий через голову со стороны лица по направлению к затылку одевает ночную сорочку или рубашку, придерживая пациента под плечи и голову. После этого просят пациента положить голову, освободить руки и при помощи поддерживающего захвата приподнимают подопечного. Поддерживая одной рукой больного под подмышку, другой рукой опускают рубашку как можно ниже. Аккуратно положив пациента, приподнимают его ягодицы и опускают рубашку вниз до конца.

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

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

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

На рисунке 2 представлен продольный способ смены постельного белья.



Рис. 2. Продольный способ смены постельного белья.

Поперечный способ. При этом способе замену простыни производят сверху вниз. Один ухаживающий может придерживать клиента за голову, шею и плечи, а второй – непосредственно менять белье. Клиента приподнимают поддерживающим захватом. Один ухаживающий удерживает клиента через всю спину за подмышку, а

другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем раскручивают чистую простыню до ягодиц подопечного, меняют подушки или наволочки на них и аккуратно укладывают пациента. Второй ухаживающий поднимает и удерживает ноги подопечного, а первый скручивает грязную простыню, кладет ее в мешок и раскручивает чистую простыню до края кровати.

На рисунке 3 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 гражданин, или поднимать загородку кровати во избежание падения и предотвращения травм.

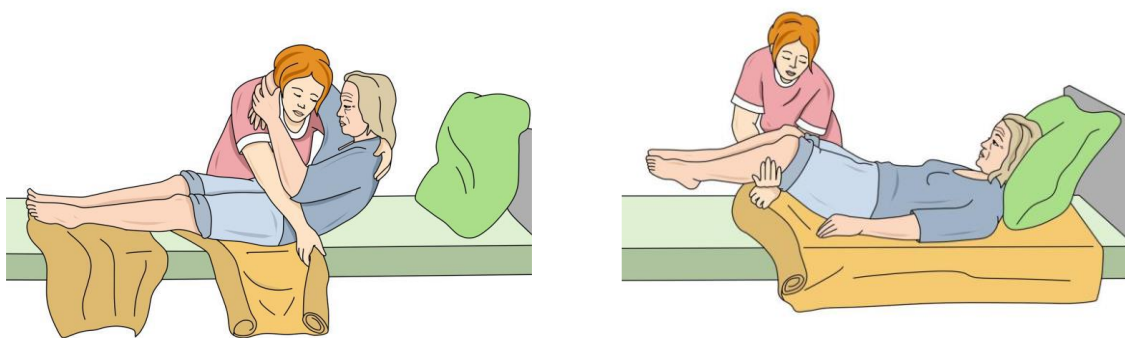


Рис. 3. Поперечный способ смены постельного белья.

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

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 подгузника. Для того чтобы правильно одеть подгузник на взрослого лежачего больного, необходимо вынуть его из упаковки и отогнуть все сложенные элементы, слегка растянуть, расправляя все имеющиеся складки; при необходимости скрутить или помять подгузник, что способствует лучшему прилеганию к телу и поможет избежать протекания жидкого кала и мочи. Надевают перчатки, фиксируют кровать, опускают изголовье немного ниже горизонтали во избежание скатывания подопечного. Со стороны ухаживающего опускают боковые ограждения, а с противоположной стороны поднимают их. Больного поворачивают налево, слегка согнув ноги в коленях. Защитную пеленку сворачивают в трубочку до

половины по длинной стороне и подкладывают под спину больного (как при смене постельного белья). Больного поворачивают на спину, расправляют свернутую часть пеленки. Проводят подмывание подопечного. Подготавливают подгузник. Вновь поворачивают больного на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подкладывают под спину так, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) - по линии позвоночника. Поворачивают больного на спину, слегка согнув его ноги в коленях. Аккуратно расправляют подгузник под спиной больного. Протягивают переднюю часть подгузника между ногами пациента на живот и расправляют ее. Опускают ноги подопечного. Последовательно застегивают нижние липучки, сначала правую, затем левую (или наоборот), плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела больного снизу-вверх. Затем закрепляют верхние липучки в направлении поперек тела больного. При одевании подгузника на обычного подопечного, способного передвигаться самостоятельно, выполняют те же манипуляции (растягивают, расправляют складки, сложенный вдвое подгузник пропускают между ног спереди назад, расправляют обе части и закрепляют липучими элементами). При этом пациент должен стоять прямо, немного расставив ноги. В обоих случаях обращают особое внимание на то, что индикатор наполнения должен располагаться вертикально (по линии позвоночника, как бы продолжая ее).

3.4. Правила и принципы перемещения

Переживание из кровати на стул/коляску

Если необходимо пересаживание в коляску, в первую очередь необходимо зафиксировать кровать. Далее следует объяснить подопечному план перемещения и посадить его в кровати так, чтобы его ноги касались пола. После этого ставят стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная. Если подопечного перемещают на кресло-каталку, предварительно необходимо убрать подлокотник, подставки для ног и зафиксировать тормоза. Колени человека, предоставляющего уход, должны быть согнуты, спина выпрямлена. Одну руку подкладывают под плечи подопечного, а другую – под его бедра. Подопечный обнимает предоставляющего уход за талию или за плечи (не за шею!), а он продевает свои руки под руками подопечного, наклоняясь вперед. Когда подопечный будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, ноги стоять на полу, а пятки быть слегка повернутыми в направлении движения (рис. 4).



Рис. 4. Подопечный готов к перемещению.

Далее человек, осуществляющий уход, должен произвести следующие действия:

- встать как можно ближе к подопечному;
- поставить свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями подопечного, а другую – по направлению движения;
- согнуть свои колени, напрячь мышцы живота и ягодиц, спину держать только прямо;
- предупредить подопечного, что на счет «три» он получит поддержку для того, чтобы встать;
- на каждый счет («один», «два») слегка покачиваться вперед и назад для создания инерции;
- на счет «три», прижимая подопечного к себе и держа спину прямо, поднять подопечного, используя свое тело, как рычаг. При повороте не смещать свои ноги, разворачиваться на пятках. Поворачиваться одновременно с поворачиванием тела подопечного до тех пор, пока его спина не займет положение точно перед креслом-каталкой (рис. 5);

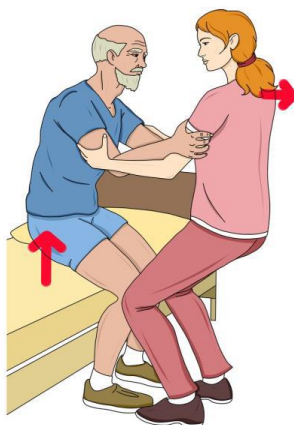


Рис.5. Поднятие подопечного на счет «три».

- осторожно опустить подопечного в кресло, согнув колени, но держать спину прямо (рис. 6);

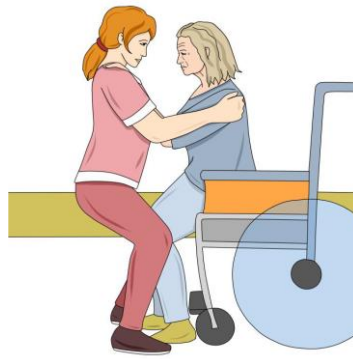


Рис. 6. Опускание подопечного в кресло.

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

Пересаживание с помощью доски для перемещения

Кресло или стул необходимо придвинуть вплотную к кровати и поставить их на тормоза. С кресла снимают подлокотник со стороны кровати и ступеньки. Гражданин должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него. Гражданина 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 подопечным и обхватывают его немного ниже талии. Подопечный обхватывает ухаживающего за ним человека за плечи или талию (не за шею!). Лицо, осуществляющее уход, подталкивая гражданина, передвигает его по доске к креслу, но не поднимает вес гражданина. Подопечный должен просто скользить по доске до того момента, пока не окажется в кресле. После этого из-под подопечного вытаскивают доску, а его ноги ставят на подставки коляски (рис. 7).

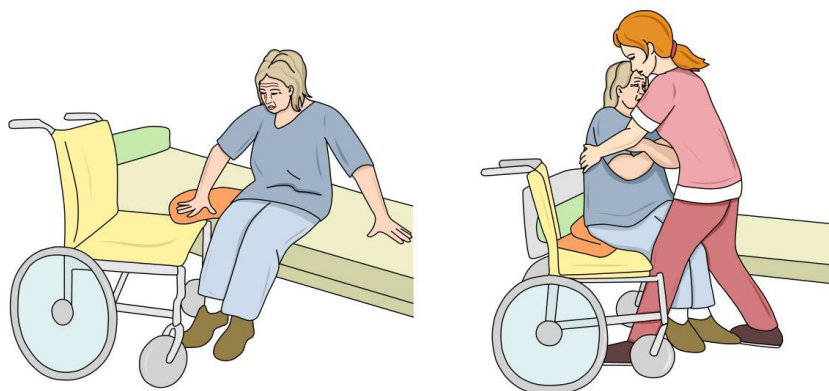


Рис. 7. Пересаживание с помощью доски.

Частично мобильные подопечные могут использовать доску для пересаживания самостоятельно. Обязательные условия – информированность подопечного относительно последовательности действий при пересадке из кровати на стул с помощью пересадочной доски, проведение тренировок под наблюдением лица, осуществляющего уход. Только после окончательного усвоения подопечным алгоритма действий возможно самостоятельное использование пересадочной доски. Для этого подопечный 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.8).



Рис. 8. Самостоятельное использование доски пациентом.

При использовании пересадочной доски для передвижения ослабленных подопечных или подопечных со значительной степенью беспомощности возможно ее применение в комплекте с пересадочным (транспортировочным) поясом. Это создает оптимальные условия безопасности при пересаживании (рис. 9).

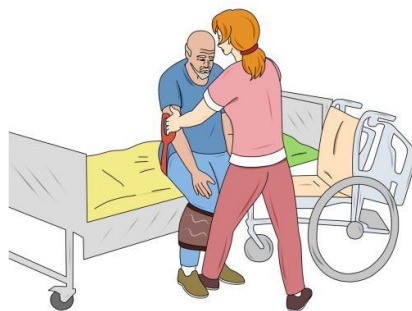


Рис. 9. Использование пересадочного пояса.

Пересаживание с помощью вращающегося диска

Диск для поворота – приспособление, которое позволяет легко развернуть Вашего подопечного 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. 10).



Рис. 10. Напольный вращающийся диск.

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

- спустить ноги подопечного 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 пациентов весом до 135 кг. Самостоятельное использование подопечными 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 подопечный за него держится

Если колени пациента ограничены в движении и существует опасность раздвигания ног при транспортировке, можно обе ноги подопечного перед использованием диска зафиксировать поясом (рис. 11).



Рис. 11. Фиксация ног подопечного поясом перед использованием напольного вращающегося диска.

Пересаживание с помощью пояса

Пояс для перемещения гражданина – простое и удобное средство, которое можно использовать при подъеме и перемещении неходячих и малоподвижных

людей. Подъем больного за одежду крайне неудобен, а при поднятии подопечного за подмышки можно причинить ему боль.

Применяют два вида поясов для перемещения граждан: для поднятия ног подопечного и для перемещения гражданина. Пояс для поднятия ног подопечного крепят на ногах больного, он помогает поднимать и опускать ноги при пересаживании человека. С помощью этого пояса можно при необходимости посадить больного в автомобиль и помочь ему выйти из него.

Пояс для перемещения крепят на талии. С его помощью можно без особого труда поднять больного из сидячего или лежачего положения. Такие пояса могут иметь застежку из пластика или застежку-липучку, которые позволяют надежно зафиксировать пояс на талии пациента.

Использование пояса при пересаживании в коляску. При пересаживании подопечного в коляску с использованием пояса используют ранее рассмотренный алгоритм. Разница состоит лишь в том, что человеку, предоставляющему уход, не нужно обхватывать пациента руками: он может держать подопечного за ремешки пояса, одетого на пациента.

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 пациента ниже талии.

Существует также вариант пересаживания с использованием двух поясов: пояса надевают и подопечный, и ухаживающий. При этом пациент держится за ремни пояса на ухаживающем, а ухаживающий держит ремни на поясе пациента (рис. 12).



Рис. 12. Пересаживание с помощью двух поясов

Перемещение гражданина из кровати в кресло

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

Следующий этап – закрепление ляжки на поперечной перекладине подъемника. Если предполагают просто перемещение подопечного, необходимо закрепить ляжки, скрестив их, а в случае, когда планируют проведение гигиенических процедур, скрещивать ляжки подвеса при их закреплении на поперечной перекладине не требуется.

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

Транспортировка при различных видах ограниченной мобильности и средства малой реабилитации содействия передвижению

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

Осуществление помощи по передвижению гражданина необходимо для его мобилизации и улучшения качества его жизни. Гражданин, имеющий ограничения мобильности, при передвижении (ходьбе) нуждается в средствах малой реабилитации, подбор которых проводят индивидуально.

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.

Костыли под локоть (канадки) – один из видов реабилитационных средств. В период длительной реабилитации их используют чаще, чем подмышечные костыли. Основа костыля должна находиться на расстоянии 15 см в стороне от стопы. При этом локоть согнутой под углом 15–20° руки должен находиться от манжеты на расстоянии 4,5–5 см (при росте пациента менее 150 см); 5–7 см (при росте около 170 см); 10 см (при росте 182 см и выше). При вытянутой руке линия изгиба запястья должна находиться на уровне верхнего края рукоятки канадки.

Трость (рис. 12). 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.



Рис. 12. Трость.

Ходунки. 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

Инвалидное 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.

Транспортировка на кресле-коляске

Передвижение на кресле-коляске возможно при различных уровнях мобильности: когда гражданин сам в состоянии управлять ею, а также когда управление каталкой осуществляет помощник по уходу. В любом случае гражданина 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 гражданина, а если транспортировку осуществляют на улице, необходимо также соблюдать правила дорожного движения.

Спуск с бордюра осуществляют обратным ходом во избежание падения гражданина 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 гражданина 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.13).



Рис. 13. 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. 14).



Рис.14. Подъем на бордюр передними колесами

При необходимости движения по наклонной плоскости вверх необходимо тщательно рассчитывать свои силы, вес гражданина 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.

Передвижение с ходунками

Ходунки – приспособления реабилитации для людей с ограниченными возможностями:

- *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.

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

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.



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 граждан.

4. Технические средства реабилитации (ТСР) для граждан, нуждающихся в долговременном уходе.

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

Средства малой реабилитации в пределах кровати

Название	Предназначение/описание	Изображение
Многофункциональная кровать	Кровать со специальной конструкцией, разработанной для размещения лежачих пациентов. Используют в стационарах медицинских учреждений, домах престарелых, различных социальных учреждениях и домашних условиях. Конструкционные особенности медицинской кровати облегчают медперсоналу и родным уход за больным и позволяют размещать его в комфортной и физиологически более выгодной позе.	
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	

Средства малой реабилитации, используемые при покидании кровати лицами, получающими уход

Название	Предназначение/описание	Изображение
Подъемник	Предназначен для поднятия и перемещения лежачих 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 противпролежневый	Применяют для профилактики пролежней в области крестца, на ягодицах, а также при лечении пролежней в данных областях для разгрузки поврежденной поверхности и ускорения заживления	

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 перемещения для</p>	<p>Предназначен для облегчения перемещения в положение сидя на краю кровати, в положении сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно, а также с одного приспособления для сидения на другое), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя</p>	
<p>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>	