



**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙ АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ**

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ХАНТЫ-МАНСКИЙ АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ»**



Уход за гражданами, страдающими психическими расстройствами

Методические рекомендации

г. Сургут 2021

Под общей редакцией

Э. К. Иосифовой, канд. мед. наук, директора бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания»;

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

Авторы-составители:

Крылова Л.А., методист отдела методологии бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Ресурсный центр развития социального обслуживания»;

Казанцева Н.С., заведующий отделением дневного пребывания бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»;

Максимова Т.Р., заведующий отделением социальной реабилитации и абилитации бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»;

Енбаева А.А., бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»;

Видякина И.В., заместитель директора бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Излучинский дом-интернат»;

Мусина С.Д., методист отделения информационно-аналитической работы бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Излучинский дом-интернат»;

Спиридонова Л.Н., методист отделения информационно-аналитической работы бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Излучинский дом-интернат».

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. Понятие ухода и его значимости. Принципы ухода.....	9
1.1 Общее понятие процесса ухода. Основные цели, задачи и принципы ухода.....	9
1.2 Принципы и модели ухода.....	12
ГЛАВА 2 Уход за гражданами, страдающими психическими расстройствами	13
2.1 Постель и смена белья.....	14
2.2. Личная гигиена.....	17
2.2.1 Уход за кожей.....	19
2.2.2 Проведение гигиенической ванны.....	20
2.2.3 Проведение гигиенического душа.....	22
2.2.4 Мытье ног.....	23
2.2.5 Подмывание.....	25
2.2.6 Уход за волосами, ногтями, ушами.....	27
2.3 Особенности ухода при физиологических отправлениях.....	28
2.3.1 Подача судна и мочеприемника.....	28
2.3.2 Смена подгузников.....	31
2.3.3 Уход за катетером.....	34
2.3.4 Освобождение мочевого дренажного мешка.....	36
2.4 Питание и кормление.....	37
2.4.1 Особенности организации кормления и соблюдение питьевого режима несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами.....	39
2.5 Транспортировка.....	43
2.5.1 Переворачивание в кровати.....	44
2.5.2 Перемещение с кровати на стул, со стула в туалет и обратно.....	45
2.6 Оказание первой помощи при различных состояниях.....	47

ГЛАВА 3 Взаимодействия с гражданами, страдающими психическими расстройствами, и их социальным окружением...	58
3.1 Оценка психологического состояния гражданина.....	58
3.2 Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами	61
3.3 Этика общения с людьми, страдающими психическими расстройствами	76
3.4 Рекомендации по взаимодействию с людьми с расстройствами аутистического спектра (РАС).....	82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	84
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	86

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
ИПРА	– индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида
КБУ	– коробки безопасной утилизации
МКН	– Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности
МКФ	– Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
ОВЗ	– ограниченные возможности здоровья
ОДА	– опорно-двигательный аппарат
ОЖД	– ограничение жизнедеятельности
РАС	– расстройство аутистического спектра
РМ	– реабилитационные мероприятия
РФ	– Российская Федерация
СМИ	– средства массовой информации
ТСР	– техническое средство реабилитации
ЦНС	– центральная нервная система
ФСС	– Фонд социального страхования Российской Федерации

ВВЕДЕНИЕ

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом активной жизни. В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) говорится: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности. Психическое здоровье – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

Уровень психического здоровья человека в каждый данный момент времени определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами.

Плохое психическое здоровье часто связано с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, рисками насилия и физического нездоровья, а также с нарушениями прав человека. Существуют также особые психологические и личностные факторы, из-за которых люди становятся уязвимыми перед психическими расстройствами. И, наконец, имеется ряд биологических причин психических расстройств, включая генетические факторы, которые способствуют дисбалансу химических веществ в мозге.

Психические расстройства могут приводить людей к ограничению подвижности, вызывать снижение физической силы, слуха, зрения или памяти, лишать человека активности, самодостаточности и самостоятельности. Эти проблемы становятся одинаково тяжелыми для

любого человека и семьи, независимо от того, насколько они богаты, влиятельны, знамениты или образованы. Утрата возможности самостоятельно удовлетворить свои базовые потребности должна быть компенсирована действиями других людей. Роль этих людей в обеспечении достойной, комфортной и безопасной жизни граждан с психическими расстройствами.

В последнее время активно развивается более сложный вид надомных социальных услуг – социально-медицинское обслуживание, предоставляемое гражданам, которые нуждаются в постоянных услугах ухода и отдельных медицинских процедурах на дому, которые оказываются специалистами (сиделками – помощниками по уходу), имеющими специальную профессиональную подготовку, обладающими специальными навыками и знаниями. Основная функция этих специалистов – оказание помощи гражданам с ограниченными возможностями ухода за собой для поддержания максимально возможной самостоятельности в повседневной жизнедеятельности. Они осуществляют индивидуальный, в некоторых случаях – очень специфический уход, выполняют разнообразные социальные и/или бытовые действия.

При выполнении любых видов ухода за нуждающимся, в помощи гражданам с психическими расстройствами (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.

Настоящие методические рекомендации включают все базовые знания и навыки, которые позволят сформировать у лица, осуществляющего присмотр и уход за гражданами с психическими расстройствами, стойкое представление о себе как о незаменимом помощнике, позволяющем качественно жить и реализовывать на практике сконцентрированный на личности подход к

профессиональному уходу за гражданином, нуждающимся в посторонней помощи.

ГЛАВА 1. Понятие ухода и его значимости. Принципы ухода

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

Уход – это не просто выполнение манипуляций, а осуществление всех действий и процедур, которые обеспечивают потребности каждого конкретного получателя услуг на протяжении длительного времени. Уход необходимо планировать на индивидуальной и системной основе. В различных странах разработаны схожие концепции планирования ухода, одна из которых – подход немецкого профессора Моники Кровинкель. Она сформулировала основные принципы планирования ухода, согласно которым работают учреждения по уходу во многих европейских странах. В центре ухода находится человек в целом, а не его отдельные нужды. Для осуществления правильного ухода необходимо сначала точно выяснить, что человеку нужно, какие из его потребностей необходимо поддерживать или заместить. Согласно концепции Кровинкель, выделяют 13 видов активности человека и жизненного опыта, обеспечивающих его основные потребности:

Возможность общаться.

Возможность двигаться.

Возможность поддерживать витальные функции.

Возможность ухаживать за собой.

Возможность есть и пить.

Возможность выделять продукты жизнедеятельности.

Возможность одеваться.

Возможность спать, отдыхать, расслабляться.

Возможность развлекаться, учиться, развиваться.

Возможность переживать собственную сексуальность.

Возможность заботиться о безопасности своего окружения.

Возможность поддерживать и развивать социальные контакты.

Возможность справляться с экзистенциальным опытом жизни.

Вместе с тем, основным категориям жизнедеятельности человека относят следующие:

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

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

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

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

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

Нарушение ежедневной деятельности наступает в связи с нарушением основных функций организма, что ограничивает способность к самообслуживанию. Степень нарушения может быть различной (таб.1): от незначительной и умеренно выраженной до значительной. Исходя из этого, определяют план ухода, планируют манипуляции, замещающие дефицит самообслуживания.

Степень нарушения способности ежедневной деятельности

Таблица 1

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

К основным видам нарушений функций организма человека относят:

нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;

нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);

нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

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

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

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяют исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту). В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, особенно при осуществлении наиболее значимых, наиболее общих из рутинных действий человека. Качественный уход предполагает обязательное соблюдение алгоритма осуществления процедур ухода. Правильное выполнение процедур ухода подразумевает безупречное выполнение тех или иных манипуляций, обеспечивающих

компенсацию имеющихся видов дефицита самообслуживания, а также соблюдение простых правил проведения процедур и принципов деонтологии.

1.2. Принципы и модели ухода

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

Для того, чтобы осуществлять правильный и стимулирующий уход, необходимо сначала точно выяснить, что же человеку нужно, какие его потребности мы должны поддерживать/замещать

Как сказано ранее, выделяются 13 видов активности и экзистенциального опыта жизни (М. Кровинкель). На них и строится практика современного ухода. Прежде всего, проводится планирование. Необходимо определить, какие из видов активности у человека нарушены, где он требует поддержки, а где вполне обходится сам. При этом выделяются проблемы и ресурсы. Например, возьмем людей с парализованной после инсульта левой половиной тела. Таким людям требуется поддержка практически по всем видам активности. Выберем одну из них, например, самую очевидную - способность двигаться. Человек самостоятельно двигаться не может - не может встать, ходить, сидеть может только с поддержкой. Это его проблема. Ресурс здесь заключается в следующем: человек свободно двигает правой рукой и ногой, может стоять на правой ноге с поддержкой; понимает обращенную к нему речь и может следовать указаниям. Далее определяются мероприятия:

помощь при мобилизации, пересаживание с кровати на кресло, с кресла на унитаз и обратно;

использование вспомогательных средств (в данном случае инвалидное кресло);

возможно проведение, лечебной гимнастики.

Такое планирование осуществляется по всем 13 пунктам. Например, с пунктом "еда и питье" - такому человеку необходимо измельчать еду на кусочки, чтобы он мог есть, пользуясь только правой рукой; также необходима профилактика запоров, поскольку человек малоподвижен. После того, как планы записаны и мероприятия определены, можно ухаживать по науке. Персонал осуществляет все эти действия, а затем документирует их и записывает: что при этом удавалось, какие были особенности. Документация изучается, и планирование снова перерабатывается. Но для того, чтобы действовать по плану, необходимо главное - цель ухода. Цель ухода - сохранить или восстановить хорошее самочувствие человека и избежать его зависимости, чего можно достигнуть с помощью стимуляции или поддержки возможностей самого гражданина или обучения его близких.

ГЛАВА 2. Уход за гражданами, страдающими психическими расстройствами

Осуществление грамотного ухода за больными с психическими заболеваниями имеет большое значение в общем комплексе лечебных мероприятий. Как правило, методика ухода за психическими больными сходна с таковой при соматических заболеваниях и зависит от тяжести состояния, способности или неспособности человека к самообслуживанию и т. д. Если получатель услуг возбужден, у него присутствуют мысли о самоубийстве или же он находится в состоянии ступора, ему показан постельный режим и должен осуществляться круглосуточный контроль. Постоянное наблюдение за гражданами с психическими расстройствами устанавливается с определенными целями, а именно:

- 1) ограждения подопечного от неверных действий в отношении самого себя;
- 2) предотвращения опасных действий в отношении других лиц;
- 3) предотвращения попыток совершения самоубийства;

4) осуществление постоянного ухода, если человек не способен сам ухаживать за собой.

Немаловажное значение имеет и постоянное наблюдение за течением заболевания, поскольку при многих психических отклонениях состояние человека в течение суток может меняться неоднократно. Наблюдение за клиентом проводится непосредственно специалистами или медицинскими сестрами.

Поскольку граждане, вследствие психического расстройства, не в состоянии отдавать отчет своим действиям, дезадаптированы, имеют иное восприятие окружающего мира и не могут обслуживать себя без посторонней помощи, то возникает необходимость постоянного контроля и обеспечения над ними соответствующего ухода, которым должны заниматься специалисты, родители (законные представители) или родственники.

2.1. Постель и смена белья

Согласно эпидемиологическим рекомендациям, перестилать постель тяжелобольного следует не менее чем один раз в двое суток. Однако, при возможности, необходимо стараться делать это каждый день. Особенно это правило касается тех случаев, если во время осмотра были обнаружены пролежни. При несвоевременной смене постельного белья скапливающиеся в ткани патогенные бактерии могут усугубить ситуацию.

Также стоит с осторожностью кормить лежачего инвалида в постели, чтобы не допустить загрязнения белья остатками пищи и крошками. Если у лица с психическими расстройствами с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) случилась неконтролируемая дефекация, перестелить кровать следует немедленно.

Постель должна поправляться регулярно – утром и на ночь, а также перед дневным послеобеденным отдыхом. Ухаживающий стряхивает и расправляет простыни и одеяла, взбивает подушки. Лицо с психическими расстройствами на это время можно посадить на стул. Если же ему нельзя

двигаться, то его нужно переложить вдвоем на край кровати, затем расправить на освободившейся половине матрац, наматрачник и простыню, удалив с них крошки, после чего переложить человека на убранную половину постели и то же самое проделать с другой стороной.

При смене белья необходимо быть очень осторожным, чтобы не причинить излишней боли или беспокойства лицу с ОВЗ. Смена простыни в этих случаях требует от ухаживающего определенного навыка. Если человеку разрешено поворачиваться на бок, нужно сначала осторожно приподнять его голову и убрать из-под нее подушки, а затем помочь ему повернуться на бок, лицом к краю кровати. На освободившейся стороне начинают скатывать валиком вдоль кровати грязную простыню, а вслед за ней раскатывают чистую, предварительно свернутую по длине валиком. Дойдя до середины матраца, переворачивают осторожно человека на другой бок, чтобы он оказался лежащим на чистой половине простыни. После этого убирают грязную простыню, а чистую раскатывают до конца и тщательно расправляют, чтобы на ней не было никаких складок. Складки, помимо того, что вызывают неприятное ощущение, способствуют образованию пролежней.

В тех случаях, когда лицу с ОВЗ противопоказано двигаться, менять простыню следует другим способом. Для этого требуется помощь двух ухаживающих. Раскатывание простыни производят не вдоль кровати, а поперек, начиная с ножного конца. Одновременно с собиранием старой простыни постепенно раскатывается новая. Один из ухаживающих поочередно приподнимает голени, бедра и ягодицы клиента, другой скатывает валиком грязную простыню до поясицы подопечного. Скатанную в поперечном направлении чистую простыню кладут на ножной конец кровати и расправляют по направлению к головному концу. Валик чистой простыни окажется рядом с валиком грязной под поясицей. Затем один из ухаживающих слегка приподнимает голову и грудь клиента, а другой в это время убирает грязную простыню и на ее месте расправляет чистую, так чтобы на ней не было никаких складок. Во избежание образования складок в

последующем после смены простыни рекомендуется тщательно заправлять ее под матрац, особенно в углах (рис. 1).

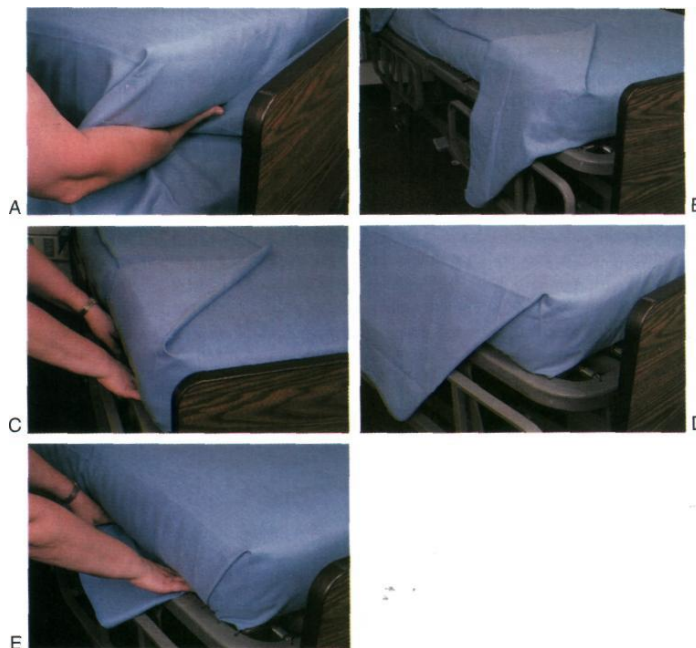


Рис.1. Заправление краев простыни

Подушки должны быть достаточных размеров и мягкими (пуховые, перовые). Одеяла соответственно сезону байковые, шерстяные, пуховые также должны быть мягкими, но не вызывать перегревания тела человека. Не реже одного раза в неделю одеяла следует проветривать, чистить. Неудобная постель может являться противодействующим фактором в реабилитации лиц с ОВЗ, занимающих в постели вынужденное положение, чтобы облегчить свои страдания. Так, психически больные с одышкой занимают вынужденное сидячее положение с опущенными вниз ногами, опираясь руками о край кровати; при плеврите больные длительно стараются лежать на больном боку, уменьшая, таким образом, боли.

В каждом конкретном случае следует получить консультацию у врача об особенностях постели, необходимой для ребенка или взрослого лица с ОВЗ. Например, детям после травм позвоночника требуется постель с твердой и ровной поверхностью; лицам с недостаточностью кровообращения следует придавать полусидячее положение в постели. Все это свидетельствует о том,

что в любом случае важным условием для хорошего самочувствия человека и для его выздоровления является постельный комфорт, характер и особенности которого зависят от тяжести и клинической формы заболевания, а также предписанного врачом охранительно-лечебного режима.

По этим вопросам ухаживающий должен получать подробные рекомендации лечащего врача, иметь представления обо всех возможных неблагоприятных ситуациях в течение заболевания, чтобы к ним в максимальной степени быть готовым.

2.2. Личная гигиена

Личная гигиена – это совокупность мероприятий по сохранению и укреплению здоровья человека путем соблюдения гигиенического режима в личной жизни и деятельности, включает в себя: уход за кожей, за полостью рта, в частности, за зубами, уход за волосами, прием ванны. Отсутствие гигиенических процедур может привести к возникновению новых патологий. Однако ухаживать за собой тяжелобольные часто просто не в состоянии. Необходимо делать это за них. Соблюдение личной гигиены лиц с ОВЗ предупреждает развитие многих осложнений.

Соблюдение личной гигиены очень важно для предупреждения развития различных инфекций.

Для ухода за лицами с психическими расстройствами дома нужно не только приобрести необходимые средства, но и составить индивидуальный план ухода – распорядок дня. При составлении плана необходимо учесть потенциал и потребности человека. Если в уходе помогают другие члены семьи, то ведение дневника ухода поможет сориентироваться в гигиенических и лечебных процедурах, которые уже выполнены, чтобы не повторять их, сэкономив средства, силы и время.

Огромное значение в процессе ухода имеет соблюдение режима дня лицом с психическими расстройствами. Привычка просыпаться в одно и то же время, принимать лекарства и пищу, выполнять лечебную гимнастику

настраивает организм в целом на определённый лад и морально поддерживает человека. Чёткий план на день позволяет экономить время и организованно решать множество сопутствующих проблем бытового характера.

Примерный распорядок дня:

- | | |
|-------------|---|
| 7:00 | Туалет (возможно использование кресла-туалета/судна или горшка). Измерение температуры, пульса. |
| 7:15 | Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание комнаты. |
| 8:00 | Завтрак. |
| 8:30 | Время покоя. Уборка комнаты. |
| 10:30 | Профилактические и/ или лечебные мероприятия. Питьевой режим (сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета /судна или горшка) или смена подгузника (по необходимости). Подготовка к обеду |
| 12:30 | Обед. |
| 13:00–15:30 | Послеобеденный сон. |
| 15:30–18:00 | Питьевой режим (чай, сок, минеральная вода по желанию). Туалет или смена подгузника (по необходимости). Измерение температуры, пульса. Подготовка к ужину. |
| 18:00 | Ужин. |
| 18:30 | Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (по необходимости). Проветривание помещения. |
| 20:00–21.30 | Развивающие игры, чтение литературы. |
| 21:30 | Подготовка ко сну. |
| 22:30 | Сон. |

2.2.1 Уход за кожей

Кожа защищает организм от болезнетворных микроорганизмов, помогает телу регулировать температуру, участвует в обмене веществ (дыхательная, выделительная функции), является составляющей одного из органов чувств – кожного анализатора. Если регулярно не смывать с кожи омертвевшие клетки, пот и частицы пыли, то кожа перестает выполнять защитную функцию и сама становится источником проблем. Загрязнение кожных покровов нарушает защитные свойства кожи и соотношение микроорганизмов, которые в норме населяют ее, создаются условия для размножения инородных микробов и паразитарных грибов. Все это может привести к появлению гнойничковой сыпи, шелушению, опрелости, изъязвлений, пролежней.

Особенно актуально это для людей с психическими расстройствами, прикованных к постели. Во-первых, они постоянно находятся в неестественном горизонтальном положении, ухудшающем кровообращение. Во-вторых, часто страдают недержанием мочи и кала, что способствует появлению раздражения и пролежней. Поэтому гигиена лежачего должна совершаться регулярно и с помощью специальных средств.

Кожа у лежачих больных чувствительная и, как правило, сухая (особенно у пожилых людей). Поэтому очень важно, чтобы мытье лежачего больного проходило в максимально щадящем режиме. Обычное мыло сушит кожу, нарушает кислотно-щелочной баланс и нормальную микрофлору. Это отрицательно влияет на роговой слой кожи, выполняющий защитную функцию.

Мыльную пену нужно тщательно смывать водой, а потом насухо вытирать тело, однако вытирание может вызывать дискомфорт у больного. А если мыло смыто не полностью, оно откладывается на коже в виде известковых солей магния и кальция, вызывая зуд и раздражение.

Специально разработанные средства для мытья лежачего больного, которые не содержат спирта, имеют нейтральный уровень pH (5,5),

поддерживают жировой баланс кожи, смягчают и успокаивают ее. К тому же косметические средства для ухода за кожей лежачего больного практически не пахнут и не содержат веществ, которые могут вызвать аллергию.

Гигиена лежачего больного состоит из трех этапов:

очищение кожи;

увлажнение кожи;

защита и питание кожи.

Если просто очищать кожу без применения защитных и увлажняющих средств, велик риск появления раздражения, особенно если больной страдает недержанием.

Поскольку не всегда возможно купать лежачего больного в ванне (а порой это просто исключено), для ухода за кожей используются специальные моющие средства, не требующие смывания водой.

2.2.2 Проведение гигиенической ванны

Гигиенические ванны проводятся строго после консультации с лечащим врачом (рис. 2).

Противопоказания: любые кровотечения, тяжелое состояние, лихорадка, травмы, кожные заболевания в острой фазе, острые инфекционные заболевания, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

Оснащение: водяной термометр, ножницы, полотенце, мыло и мочалка, туалетное мыло, шампунь, чистое нательное бельё, резиновые перчатки, клеёнчатый фартук, емкость с дезинфицирующим раствором, подставка для ног.

Алгоритм действия:

1. Объясните лицу с психическими расстройствами ход предстоящей процедуры и получите его согласие.
2. Наденьте клеёнчатый фартук и перчатки.

3. Наполните ванну сначала холодной, затем горячей водой на половину её объёма, температура воды – 35–37° С.
4. Помогите раздеться.
5. Усадите лицо с психическим расстройством в ванну, поддерживая его сзади под локти так, чтобы ноги упирались в подставку, а уровень воды доходил до мечевидного отростка грудины человека (полная ванна).
6. Вымойте клиента с психическими расстройствами в следующей последовательности, если он не может самостоятельно это сделать: голова, туловище, верхние конечности, живот, поясницу, нижние конечности, паховая область, промежность, используя мочалку.
7. Накройте плечи человека полотенцем и помогите ему выйти из ванны (при необходимости оказывайте помощь вдвоём).
8. Вытрите в той же последовательности. Убедитесь, что кожа в естественных складках и между пальцами сухая.
9. Подстригите ногти на руках и ногах (при необходимости).
10. Помогите причесаться, надеть одежду и обувь.
11. Выпустите воду из ванны и обработайте ее дезинфицирующим раствором, промойте проточной водой.
12. Продезинфицируйте использованные предметы ухода.
13. Снимите перчатки, вымойте и осушите руки.

Примечание: продолжительность ванны – не более 25 минут. Во время приема ванны постоянно наблюдайте за состоянием подопечного, при ухудшении его самочувствия прекратите прием ванны, окажите первую доврачебную помощь и немедленно сообщите врачу. Нельзя оставлять лицо с психическим расстройством во время приема ванны без присмотра, обязательно нужно следить за его внешним видом и пульсом, неполная ванна – вода достигает до пупка.

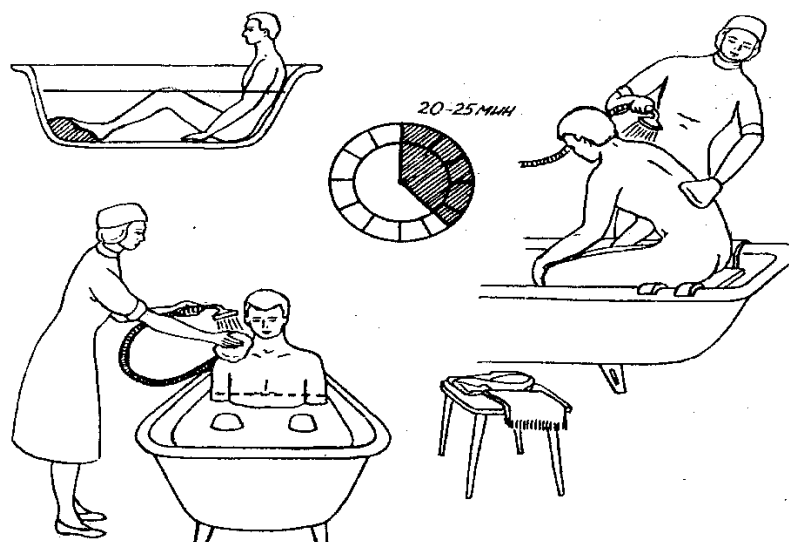


Рис.2. Прием ванны

2.2.3 Проведение гигиенического душа

Гигиенический душ проводится строго после консультации с лечащим врачом (рис. 3).

Противопоказания: тяжелое состояние, кровотечения, лихорадка, травма, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

Оснащение: клеенчатый фартук, резиновые перчатки, щетка, чистящее средство для ванны, дезинфицирующий раствор, водяной термометр, мыло и мочалка, полотенце, чистое нательное бельё, резиновый коврик.

Алгоритм действия:

1. Наденьте клеенчатый фартук и перчатки.
2. Закройте форточки, положите на пол в душевой кабине резиновый коврик, тщательно промойте пол в душевой кабине щеткой и чистящим средством, обработайте дезинфицирующим раствором.
3. Включите воду (температура воды – 35–38° С).
4. Помогите лицу с психическим расстройствами раздеться, если это необходимо, и усадите его на табурет в душевой кабине, поддерживая под локти.

5. Если человек не может мыться самостоятельно, то вымойте его, используя мыло и мочалку в такой последовательности: голова – туловище – руки паховая область – промежность – ноги.
6. Помогите выйти из душевой кабины, вытрите его в том же порядке.
7. При необходимости наденьте подопечному чистую одежду или помогите ему одеться.
8. Тщательно промойте пол в душевой кабине щеткой и чистящим средством, обработайте дезинфицирующим раствором.
9. Продезинфицируйте использованные предметы ухода.

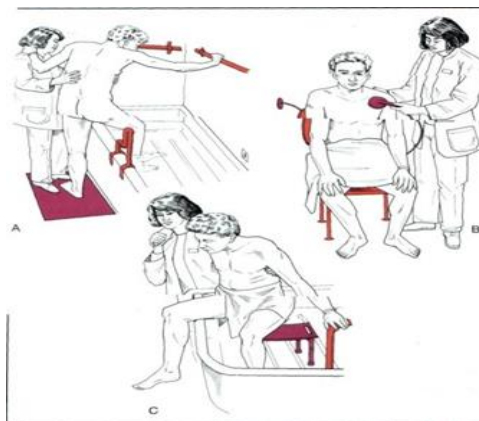


Рис.3. Прием душа

2.2.4 Мытье ног

Мытье ног осуществляется лицам с психическими расстройствами при тяжелом состоянии после консультации с лечащим врачом (рис. 4).

Оснащение: клеенка, таз с теплой водой, мыло, губка (мочалка), полотенце, ножницы, перчатки.

Алгоритм действия:

1. Установите доброжелательные, конфиденциальные отношения с человеком.
2. Проведите гигиену рук, наденьте перчатки.
3. Закатайте ножной конец матраца до поясницы клиента валиком.

4. Постелите клеенку на сетку кровати, уложите подопечного ягодицами на валик, поставьте таз с теплой водой на нее.
5. Попросите лицо с психическими расстройствами согнуть ноги в коленях.
6. Откиньте одеяло, опустите ноги человека в таз с минимальной физической нагрузкой для него.
7. Вымойте в тазу ноги получателя услуг с помощью индивидуальной губки и мыла, ополосните их чистой водой.
8. Осушите ноги полотенцем.
9. Подстригите ногти.
10. Если кожа на коже есть трещины, смажьте пятки любым смягчающим кремом для ног.
11. Поместите ножницы и мочалку в дезинфицирующий раствор.
12. Укройте клиента одеялом (при необходимости).

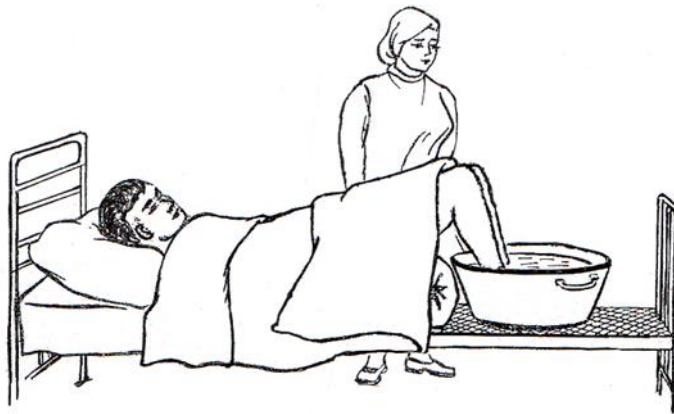


Рис. 4. Мытье ног в постели

2.2.5 Подмывание

Лица с психическими расстройствами, которые сами могут себя обслуживать, проводят подмывание кипяченой водой с мылом ежедневно, желательно утром и вечером.

Тяжелобольных, длительное время находящихся в постели и не имеющих возможности регулярно принимать гигиеническую ванну, следует подмывать после каждого акта дефекации или мочеиспускания. Людей, страдающих недержанием, необходимо подмывать несколько раз в день, так как скопление мочи и кала в области промежности и паховых складок может стать причиной появления опрелостей, пролежней и инфицирования.

Подмывание женщин

Подмывание осуществляется в целях поддержания в чистоте области половых органов, соблюдения личной гигиены, профилактики восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Подмывание женщин осуществляется при их тяжелом состоянии.

Оснащение: кувшин с теплым очень слабым раствором перманганата калия 1:5000 (температура 37–38° С), раствором фурациллина или водой, стерильные салфетки, клеенку, судно, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, КБУ.

Алгоритм действия:

1. Объясните женщине ход и цель процедуры, получите ее согласие.
2. Оградите её ширмой (при необходимости).
3. Постелите под таз клеенку, пеленку, подайте судно.
4. Помогите женщине лечь на спину, ноги должны быть согнуты в коленях и слегка разведены в стороны.
5. Приготовьте кувшин или с теплой водой (антисептическим раствором).
6. Помойте руки. Наденьте клеенчатый фартук, перчатки.
7. Встаньте справа от женщины и, держа кувшин в левой руке, а марлевую салфетку в правой, лейте антисептический раствор или теплую воду на

наружные половые органы, а салфеткой производите движение сверху вниз (от лобка к заднепроходному отверстию). Обработайте наружные половые органы в следующей последовательности: область лобка, большие половые губы, малые половые губы, промежность и область заднепроходного отверстия, меняя салфетки после каждого движения сверху вниз.

8. Осушите сухой салфеткой половые органы и кожу промежности в той же последовательности.
9. Паховые складки и область заднепроходного отверстия смажьте вазелиновым маслом или другим средством, нанесенным на салфетку для профилактики опрелостей.
10. Уберите судно, клеенку, снимите перчатки.
11. Сбросьте использованные салфетки, перчатки в КБУ.
12. Укройте женщину одеялом (при необходимости).
13. Вымойте и осушите руки.

Подмывание осуществляется в целях поддержания в чистоте области половых органов, соблюдения личной гигиены, профилактики восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Подмывание мужчин осуществляется при их тяжелом состоянии.

Оснащение: лоток, салфетки, перчатки, клеенка, пеленка, мыло, судно, кувшин с водой (температура воды – 37–38° С).

Алгоритм действия:

1. Установите доброжелательные, конфиденциальные отношения с мужчиной, при необходимости оградите его ширмой.
2. Помойте руки, наденьте перчатки.
3. Постелите под таз клеенку, пеленку, подайте судно.
4. Попросите мужчину согнуть ноги в коленях и слегка разведите их в стороны.
5. Приготовьте кувшин или с теплой водой (антисептическим раствором).

6. Смочите салфетку в теплой воде, отожмите ее.
7. Возьмите одной рукой половой член, отведите крайнюю плоть с головки полового члена.
8. Вымойте головку полового члена круговыми движениями в направлении от мочеиспускательного канала к области лобка, меняя салфетки, осушите.
9. Верните крайнюю плоть в естественное положение.
10. Тщательно обработайте, ополосните и высушите остальную часть полового члена, кожу мошонки, анальное отверстие.
11. Уберите судно, клеенку, пеленку, для последующей дезинфекции; салфетки и перчатки поместите в КБУ.
12. Расправьте постельное белье, укройте клиента (при необходимости).
13. Вымойте и осушите руки
14. Уберите ширму.

2.2.6 Уход за волосами, ногтями, ушами

Уход за волосами заключается в мытье головы, расчесывании волос, заплетании кос и т. д. Для расчесывания волос используют только индивидуальные расчески. Причесать короткие волосы у мужчин обычно несложно. Длинные волосы у женщин нужно разделить на отдельные пряди, расчесать каждую отдельно, при необходимости заплести. При наличии обильной перхоти или загрязнения волос используют густой гребень, смоченный в растворе столового уксуса. Голову моют детским мылом или шампунями.

Уход за ногтями заключается в их своевременном подстригании. Для этого используют маленькие ножницы с закругленными браншами, чтобы не поранить кожу. После окончания стрижки ножницы обязательно протирают ватой, смоченной спиртом или 0,5 % раствором хлорамина.

Уход за ушами заключается в их чистке. Во время ежедневного утреннего туалета, когда получатель услуг умывается, он должен мыть и уши.

При обнаружении серной пробки в наружном слуховом проходе ее удаляют. Для этого в ухо закапывают несколько капель 3 % раствора перекиси водорода или стерильного вазелинового масла, при помощи ватной турунды вращательными движениями удаляют пробку (рис. 5). При закапывании капель в левое ухо голову клиента наклоняют к правому плечу.левой рукой оттягивают мочку уха, правой рукой закапывают несколько капель в слуховой проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут или повязывают голову косынкой.



Рис. 5. Туалет наружного слухового прохода

2.3. Особенности ухода при физиологических отправлениях

2.3.1. Подача судна и мочеприемника

Лица с психическими расстройствами, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать физиологические отправления лежа. В таких случаях подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи). Люди, которым разрешено вставать, должны пользоваться горшком, который ставят под кровать.

Судно, мочеприемник или горшок ежедневно моют горячей водой с хозяйственным мылом и затем обрабатывают 1 % раствором хлорамина или 0,5 % раствором хлорной извести. Для устранения запаха мочи посуду после отпращиваний обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

Подача судна

Судно подается для обеспечения физиологических отправления. Применяют для лиц с психическими расстройствами, находящихся на строгом постельном и постельном режимах при опорожнении кишечника и мочевого пузыря.

Оснащение: продезинфицированное судно, ширма, клеенка, пеленка, перчатки, вода, туалетная бумага, емкость с дезинфицирующим раствором, КБУ.

Алгоритм действия:

1. Объясните человеку цель и ход процедуры, получите его согласие.
2. Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды.
3. Отгородите человека ширмой от окружающих (если это необходимо), снимите или откиньте до поясницы одеяло, подложите под таз клеенку, сверху пеленку.
4. Помойте руки, наденьте перчатки.
5. Помогите лицу с психическими расстройствами повернуться на бок, ноги слегка согните в коленях и разведите в бедрах.
6. Левую руку подведите сбоку под крестец, помогая человеку приподнять таз.
7. Правой рукой подведите судно под ягодицы так, чтобы его промежность оказалась над отверстием судна, при этом пеленку продвигайте к пояснице.
8. Укройте лицо с психическими расстройствами одеялом или простыней и оставьте его одного.
9. По окончании акта дефекации, слегка поверните человека набок, придерживая судно правой рукой, уберите его.
10. Вытрите область анального отверстия туалетной бумагой. Поместите бумагу в судно. При необходимости подмойте, осушите промежность.
11. Уберите судно, клеенку, пеленку и ширму. При необходимости замените простыню.

12. Помогите лицу с психическими расстройствами удобно лечь, укройте одеялом (при необходимости).
13. Накройте судно пеленкой или клеенкой и унесите в туалетную комнату.
14. Вылейте содержимое судна в унитаз, ополосните его горячей водой.
15. Обработайте судно дезинфицирующим раствором, перчатки сбросьте в КБУ.
16. Вымойте и осушите руки.

Примечание: для лежачего больного лучше использовать судно в виде «совочка», практически, не имеющего одного борта.

Подача мочеприемника

Мочеприемник ставится для обеспечения физиологических отправлений. Применяется для лиц с психическими расстройствами, находящихся на строгом постельном и постельном режимах при опорожнении мочевого пузыря.

Оснащение: продезинфицированный мочеприемник, стерильная марлевая салфетка, клеенка, пеленка, резиновые перчатки, ширма, емкость с дезинфицирующим раствором, КБУ.

Алгоритм действия:

1. Объясните человеку цель и ход процедуры, получите его согласие.
2. Поставьте у кровати ширму.
3. Откиньте одеяло, попросите лицо с психическими расстройствами согнуть в коленях ноги и развести бедра в стороны. Если он не в состоянии сделать это, помогите ему.
4. Постелите под таз человека клеенку, а затем пеленку.
5. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.
6. Возьмите в правую руку мочеприемник и поставьте его между ног человека.
7. Возьмите в левую руку марлевую салфетку, оберните ею половой член мужчины.

8. Введите половой член в отверстие мочеприемника, уберите марлевую салфетку.
9. Прикройте лицо с психическими расстройствами одеялом и оставьте одного.
10. Уберите мочеприемник, пеленку, клеенку. Укройте человека, уберите ширму.
11. Погрузите мочеприемник в емкость с дезраствором, марлевую салфетку, перчатки поместите в КБУ.
12. Вымойте и осушите руки.

Примечание: при подаче мочеприемника следует иметь в виду, что далеко не все люди могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и хорошо промывают.

2.3.2. Смена подгузников

Смена подгузника подразумевает снятие использованного и надевание нового. Для этой манипуляции необходимо подготовить защитную пеленку, предварительно положив её под спину получателя услуг. Далее необходимо расстегнуть застёжки на спине и повернуть их липкой стороной внутрь, чтобы не поцарапать кожу. Нижний край нужно продвинуть ладонью под бедра. Далее сворачивают переднюю часть. Человека укладывают набок и удаляют использованный подгузник сзади. Снимать и надевать изделие нужно только сзади, чтобы исключить риск переноса бактерий, стремясь при этом не запачкать кожу лица с психическими расстройствами и белье.

После того, как вы сняли подгузник, необходимо произвести гигиеническую обработку человека, только потом можно надеть новый.

Тщательно промойте кожные покровы, паховую область, ягодицы от естественных выделений. Легкими массажными движениями обработайте необходимые участки защитным, увлажняющим кремом или мазью с целью профилактики пролежней. Если у клиента наблюдаются признаки воспаления,

опрелости или раздражения, используйте присыпки для восстановления нормального баланса кожного покрова. При изменении мягких тканей, обрабатывайте пролежни антисептиком и накладывайте стерильную повязку.

Достаньте подгузник из упаковки, удалив с него наклейку и защитный слой. Расправьте все складки, скрутите или помните подгузник для лучшего прилегания к телу. Впитывающий слой должен активироваться, а боковые бортики должны принять вертикальное положение.

Разверните подопечного набок, слегка сгибая ноги, в коленном суставе, чтобы частично провести край изделия под тело лежащего. Средство гигиены подстелите под спину, чтобы фиксаторы-застежки располагались со стороны головы, а показатель наполнения – по центральной линии позвоночника.

Переверните человека на спину, слегка подогнув ему ноги и полностью расправьте специальное белье. При данной манипуляции человек не должен испытывать чувство дискомфорта.

Внешнюю часть подгузника протяните между ног и, закрывая паховую область, зафиксируйте. Застегните все липкие застежки: поэтапно прикрепите нижние, плотно охватывая ноги и фиксируя заклепки поперек тела клиента, снизу-вверх. Дальше закрепите застежки по направленности, поперек тела.

Смену проводят после каждой дефекации или каждые 3–4 часа. Если так часто менять памперс нет возможности, используют продукцию с повышенной степенью впитываемости. Такими гигиеническими средствами удобно пользоваться на ночь. Использование подгузников для взрослых заметно облегчает жизнь людей с ОВЗ, а своевременная смена позволяет не допустить раздражения кожи. В начале пользования любой человек испытывает дискомфорт. Если подгузники стали жизненно необходимы, нужно подобрать оптимальную модель, чтобы привыкание прошло быстро и наименьшими трудностями.

Частая смена подгузника и использование дополнительных средств защиты кожи не должны исключать гигиенической процедуры подмывания. Для этого используют воду комнатной температуры и моющие средства с

нейтральным pH-фактором. После опорожнения кишечника лицу с ОВЗ рекомендуется проводить воздушные ванны, которые по времени должны занимать два часа ежедневно. Это позволит восстановить правильную циркуляцию крови, благотворно действует на состояние кожи.

Важно помнить, что при неправильном алгоритме действий при надевании подгузника возникает высокий риск микротравм, потертостей и раздражения на коже. Впоследствии это может привести к инфицированию и воспалительных процессов промежностей.

Распространенные ошибки при снятии и надевании подгузника:

не соблюдение пошаговой инструкции, размещенной на упаковке;

неправильно подобранный размер;

некорректный подбор уровня впитываемости.

Производители выпускают закрытые и полуоткрытые изделия. Независимо от вида необходимо следить, чтобы подгузник не перекручивался. Также следует помнить о нанесении специального крема для исключения раздражения кожи, возникновения опрелостей и пролежней.

Закрытый тип отлично подходит для лежачих клиентов (рис. 6).

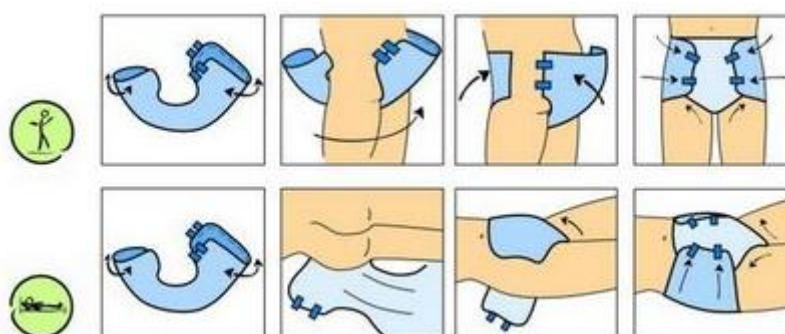


Рис. 6. Подгузник закрытого типа

Для лежачих и обычных клиентов подходит изделие полуоткрытого типа (рис. 7).



Рис. 7. Подгузник полукрытого типа

2.3.3 Уход за катетером

Когда у получателя услуг стоит катетер (рис. 8), инфекцию мочевого пузыря не всегда удастся предотвратить, но можно уменьшить вероятность ее появления.

Два раза в день обмывайте участок кожи вокруг катетера водой с мылом, чтобы избежать раздражения и развития инфекции. Кроме того, после каждого опорожнения кишечника подмывайте клиента. После подмывания тщательно, легкими движениями, обсушите кожу.

Женщинам при подтирании после опорожнения кишечника, обмывании и обсушивании промежности следует делать движения спереди назад, чтобы бактерии из прямой кишки не попадали в катетер и мочевые пути.

Ежедневно промывайте мочеприемник водой. В воду можно добавить 3 % раствор столового уксуса из расчета 1:7. Опорожняйте мочеприемник через каждые 3–4 ч.

Всегда держите мочеприемник ниже уровня мочевого пузыря. Немедленно сообщите врачу, если из-под катетера начинает подтекать моча, появляются боли в животе, чувство распирания, кровь или хлопья в моче. Если катетер засорился, причиняет боль, то его необходимо немедленно заменить.

Никогда не тяните за катетер. Отсоединяйте катетер только для его промывания или замены, а также опорожнения мочеприемника.

Причины, по которым подтекает моча: слишком тонкий катетер, недостаточно раздут баллон, перегиб катетера или трубки мочеприемника, блокада катетера.

Если перестал осуществляться отток мочи, причинами могут быть:

перегиб катетера или трубки мочеприемника;

недостаточное поступление жидкости в организм (увеличьте объём потребляемой жидкости);

мочеприемник зафиксирован слишком высоко (опустите его ниже уровня мочевого пузыря);

блокада катетера;

нарушение функции почек (анурия) при ухудшении состояния человека.

Для промывания катетера, установленного в мочевом пузыре, используется теплый физиологический раствор. При появлении осадка или хлопьев в моче катетер необходимо промывать раствором фурацилина. Также можно приготовить раствор из двух таблеток фурацилина, растворенных в 400 мл кипяченой воды. Раствор процедите через двойной слой марли. Можно купить готовый раствор в аптеке. Пригодны так же 3 % раствор борной кислоты, диоксидин, разведенный в пропорции 1:40, мирамистин, 2 % раствор хлоргексидина.

Промывают катетер 50 или 100-миллиграммовым шприцом (шприц Жане). Шприц перед употреблением промыть кипятком, а в промежутках хранить в дезинфицирующем растворе: 3 % хлорамин или 2 % хлоргексидин. Растворы продаются в аптеке. Отсоединив трубку от мочеприемника, обработайте ее конец снаружи раствором фурацилина или любым антисептическим раствором. Затем наберите в шприц раствор, канюлю шприца вставьте в отверстие трубки и медленно введите раствор, начиная с малых порций (20–30 мл). После введения порций раствора шприц выньте из катетера. Раствор будет свободно вытекать.

Если требуется лечебное воздействие на слизистую оболочку мочевого пузыря, промывания могут быть ежедневными. В других случаях – по мере необходимости.

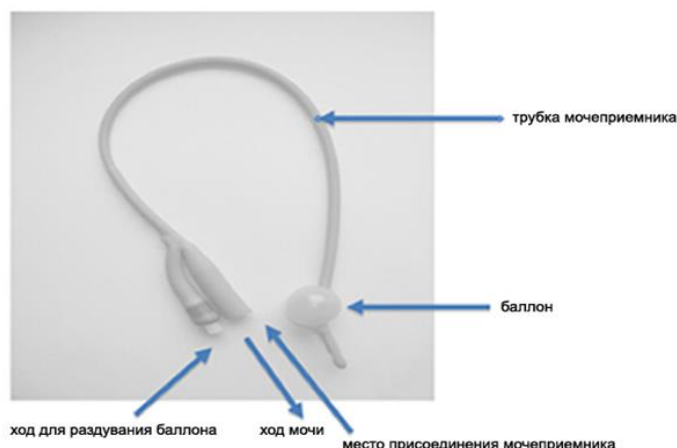


Рис. 8. Устройство мочевого катетера.

2.3.4. Освобождение мочевого дренажного мешка

Мочевой дренажный мешок необходимо своевременно освобождать от находящейся в нем мочи для исключения развития инфекций.

Оснащение: медицинские перчатки, мерная емкость для сбора и измерения количества мочи, тампон со спиртом, ёмкость для отходов.

Алгоритм действия:

1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.
2. Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка.
3. Освободить отводную трубку от держателя; открыть зажим трубки, слить мочу в мерный сосуд.
4. Закрыть зажим. Протереть конец отводной трубки тампоном смоченным спиртом. Закрепить отводную трубку в держателе.
5. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты.
6. Провести гигиеническую обработку рук.

2.4. Питание и кормление

Одна из важных составляющих правильного ухода за тяжелобольными людьми с психическими расстройствами – рациональное питание. Лица с ОВЗ, в том числе с психическими расстройствами должны получать достаточно питательных веществ, витаминов и микроэлементов. Диета для лежачих людей планируется, как правило, врачом. Он дает рекомендации родным, обращая их внимание на разрешенные и запрещенные продукты, способы их приготовления. Если человек долго болеет и пребывает в лежачем положении, то аппетит пропадает. Процесс кормления должен не только удовлетворять физиологическую потребность в еде, но и производить психотерапевтический эффект – вызывать положительные эмоции и давать позитивный настрой на выздоровление. Сбалансированная диета способствует быстрому восстановлению резервов организма, которые истощаются болезнью.

Нередко человек с психическими расстройствами не может питаться самостоятельно. В таком случае следует помочь ему. Кормить лиц с психическими расстройствами необходимо строго в положении полусидя или сидя, ни в коем случае не лежа. Если не соблюдать это правило, существует большая вероятность того, что человек подавится едой. Кормить важно маленькими порциями мягкой пищи. Также не стоит забывать проверять температуру еды – она должна быть не слишком горячей или холодной. Обязательно спрашивайте о сытости. Вследствие чрезмерно переполненного желудка может случиться рвота. Если у человека отсутствует аппетит, все равно стоит давать пищу в количестве, предписанном лечащим врачом.

Чтобы поддерживать желание есть, рацион лучше составлять из тех продуктов, вкус которых ему нравится. При этом не стоит забывать о правилах сбалансированного питания и рекомендациях по питанию с учетом основного заболевания.

Питание при уходе в домашних условиях для лиц с ОВЗ подбирается с учетом их особенных потребностей. Несмотря на отсутствие физических

нагрузок, таким людям требуется еда с повышенным содержанием калорий и белка. Это обеспечивает нормальное течение восстановительных процессов.

Основные требования, которым должна соответствовать диета

- 1) необходимо соблюдать режим питания и кормить человека в одни и те же часы (5–6 раз в сутки);
- 2) присутствие полного набора питательных веществ, витаминов и микроэлементов, их оптимальное соотношение;
- 3) повышенное содержание белка (120-150 г в сутки);
- 4) достаточная калорийность (2,5-3,5 тыс. ккал в зависимости от роста и веса человека);
- 5) преимущественно медленные углеводы (быстро усвояемые сахара свести к минимуму);
- 6) сниженное потребление жиров (до 100 г);
- 7) наличие клетчатки в рационе (натуральной в виде овощей или аптечной в виде порошка);
- 8) достаточный объем воды (30-40 мл на один кг веса) для активного выведения метаболитов из организма.

В процессе приготовления пищи важно сохранить максимум полезных веществ и сделать еду легко усваиваемой. Отдается предпочтение варке, готовке на пару, запеканию.

Овощи и фрукты можно давать в сыром виде, предварительно тщательно вымыв их.

Еда для лежачих клиентов с психическими расстройствами должна быть мягкой, не пересушенной, порезанной на небольшие куски для удобства или измельчена в блендере. Оптимальная форма пищи – пюре.

Добиться правильного соотношения всех компонентов и высокого содержания белка в пище бывает трудно. Важность белков для организма тяжелобольного человека необычайно высока. Это именно тот «строительный материал», который используется для восстановления тканей (заживления ран, пролежней, ожогов). Также белок – это ценный энергетический ресурс.

Чтобы обеспечить максимально сбалансированный рацион, можно прибегнуть к введению в меню готовых сухих смесей (Нутризон, Нутридринк). В этих продуктах высокое содержание белка, витаминов группы В и С, низкая жирность. Все компоненты такого питания легкоусвояемые и полностью натуральные.

2.4.1. Особенности организации кормления и соблюдение питьевого режима несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами

Во время кормления необходимо соблюдать следующие условия:

1. Поддерживать контакт с ребенком. Внимательно следить за коммуникативными сигналами, которые подает ребенок: отказ, просьба, предпочтение.

2. Необходимо предупреждать ребенка о вкусе еды, приближении ложки, комментировать эмоции ребенка, а также события, происходящие вокруг, особенно громкие посторонние звуки, если ребенок на них отвлекается.

3. Кормить ребенка в положении сидя. Во время еды положение ребенка должно быть максимально вертикальным и стабильным, выровненным по средней линии. Кормление ребенка в положении сидя снижает риск аспирации (попадания пищи в дыхательные пути).

4. Формировать и развивать навыки самостоятельного приема пищи: от пассивного кормления (ребенка полностью кормит взрослый) к активному использованию ложки. Для ребенка с нарушениями развития промежуточной ступенью будет являться пассивно-активная форма приема пищи, когда взрослый сопровождает действия ребенка «рука в руке». Сопровождающий ослабляет контроль, когда движения ребенка становятся более уверенными и целенаправленными. Такое сопровождение способствует формированию базовой для развития ребенка координации «рука – рот».

Необходимо подобрать:

1. Оптимальное положение взрослого. При кормлении положение взрослого также должно быть удобным и стабильным, так как его напряжение и усталость моментально передаются ребенку, который начинает беспокоиться и нервничать. Частые перемещения кормящего во время еды могут дестабилизировать ребенка. Если ребенок не знаком с взрослым, который его кормит, и проявляет беспокойство во время еды, необходимо сесть напротив, чтобы ребенок мог видеть лицо кормящего и тем самым лучше контролировать ситуацию. Если ребенок учится удерживать ложку, лучше всего сесть сбоку от него. Если ребенок часто давится, чихает, плюется во время еды, взрослому также лучше занять место сбоку.

2. Оптимальное для ребенка место для кормления:

За общим столом, вместе с другими детьми. Так ребенок может учиться у других детей новым навыкам и чувствовать себя частью общества.

Отдельно от других детей. Если ребенок отвлекается на других детей, забывая о еде, или вздрагивает от громких звуков, можно организовать его прием пищи раньше или позже других, в отдельном помещении.

3. Оптимальную консистенцию и температуру пищи:

Для детей, испытывающих трудности в глотании, и детей с пониженной чувствительностью температура пищи должна быть немного теплее или холоднее температуры в помещении, чтобы ребенок мог почувствовать еду во рту и сосредоточиться на следующих действиях.

Если ребенок испытывает трудности в глотании, пища должна быть однородной. Наиболее удобная консистенция для глотания – густое пюре, так как его можно почувствовать в ротовой полости, и оно не растекается по рту, как вода. Суп никогда не смешивают со вторым блюдом.

4. Оптимальную по размеру, материалу, глубине чашечке, размеру ручки ложку.

Ложка должна быть такого размера, чтобы полностью помещаться в ротовую полость. Большая ложка – это не только неприятные ощущения, но и

объемная порция пищи, которая оказывается у ребенка во рту. Маленькая ложка может помочь есть детям, которые делают это очень быстро: ребенку приходится делать больше движений из-за небольшого объема еды при зачерпывании. Если ребенок испытывает трудности в опускании верхней губы на ложку, необходимо подобрать ложку с максимально плоским черпалом, чтобы во время еды пища немного касалась верхней губы, и ребенок мог максимально ее задействовать. Если ребенок часто закусывает ложку зубами, лучше выбрать ложку из твердого пластика, чтобы не травмировать зубы. Для детей с пониженной чувствительностью ротовой области металлическая ложка подойдет лучше всего, так как металл быстрее передает температуру пищи, такая ложка лучше ощущается во рту. Детям с повышенной чувствительностью комфортнее будет есть с ложки из мягкого материала: силикона, резины, мягкого пластика. Детям, которым сложно удерживать ложку, необходима ложка с толстой ручкой или ложка с изгибом.

5. Удобную тарелку или миску. Важно, чтобы тарелка, из которой ест ребенок, не была слишком легкой и не скользила по поверхности стола. Для этого можно использовать утяжеленные тарелки, тарелку на присоске или специальный коврик. Также важна форма тарелки. Для детей, которые учатся зачерпывать, удобнее тарелки с высокими или загнутыми внутрь бортиками. Существуют специальные ограничители, надевающиеся на любую тарелку и облегчающие зачерпывание пищи. Для слабовидящих детей или детей с особенностями чувствительности, которые не могут есть смешанную пищу, подойдут тарелки с разделителями.

6. Индивидуальную для каждого ребенка скорость кормления и четкий ритм. Для того чтобы есть, человеку необходимо контролировать несколько процессов: дыхание, жевание, глотание. Если у ребенка сложности с координацией этих действий, ему потребуется больше времени для еды. Взрослому нужно внимательно следить за дыханием ребенка в процессе кормления и предоставлять ему необходимые паузы.

Ложку необходимо заносить в рот ребенка, только когда он проглотил предыдущую порцию пищи. Глотание можно проконтролировать по движению мышц, иногда по звуку, некоторые дети приоткрывают рот в ожидании следующей ложки. Можно давать ребенку пустую ложку, для того чтобы он повторил сглатывающее движение.

Ребенок может забывать, что его кормят, если взрослый часто отвлекается на посторонние разговоры и предметы. Несколько первых ложек ребенок может быть напряжен и беспокоен, так как он уже чувствует запах еды и хочет есть, через некоторое время он успокаивается и начинает есть в определенном ритме, который и нужно поддерживать.

Для соблюдения питьевого режима детям, которые испытывают трудности при питье, необходимо давать большее количество жидкости в течение дня удобным для них способом: из кружки, из бутылочки, из трубочки, из ложки, из шприца без иглы.

Ребенку сложнее пить, чем есть, так как жидкость быстрее разливается во рту, и для ее контроля нужно больше усилий.

Во время питья важно:

поить ребенка в положении сидя,

голова может быть немного наклонена вперед, но, ни в коем случае не наклонена назад, так как в таком положении затрудняется процесс глотания;

класть стакан на нижнюю губу;

дождаться, когда верхняя губа опустится на край стакана; если этого не происходит, помочь ребенку сомкнуть губы;

наклонить кружку так, чтобы жидкость коснулась верхней губы;

следить за количеством жидкости, которое поступает в ротовую полость, ее должно быть не слишком много, чтобы ребенок не захлебнулся;

отклонить кружку, но не убирать ее с губ ребенка – так, чтобы он понимал, что процесс не окончен;

предоставлять ребенку необходимые паузы для глотания.

2.5. Транспортировка

Транспортировка – это один из видов скорой медицинской помощи, предполагающий доставку лица с ОВЗ к автомобильному или другому виду транспорта для дальнейшей отправки к месту лечения.

Транспортировка разделяется на два этапа:

оказание первой помощи непосредственно силами прибывшей бригады, в состав которой, как правило, входят фельдшер и врач;

транспортировка при помощи носилок или кресла-каталки. Как правило, она необходима в тех случаях, когда состояние здоровья человека не позволяет добраться до транспортного средства самостоятельно.

Виды транспортировки:

На носилках – наиболее распространенный способ, позволяющий доставить человека, находящегося в тяжелом состоянии, до автомобиля, не причинив ему дополнительного беспокойства. Применяется при необходимости вынести лицо с ОВЗ из дома, не оборудованного лифтом, а также при движении по лестницам и по участкам пересеченной местности.

На кресле-каталке – данный вид транспортировки также распространен, преимущество в том, что коляску можно без проблем доставить до транспорта. Но необходимо, чтобы человек был в состоянии сидеть. Удобно использовать коляску в случае спуска на лифте или при отсутствии необходимого числа людей для доставки с применением носилок.

Способ, каким будет осуществлена транспортировка лежачего клиента, определяется врачом и зависит от состояния человека, характера травм или заболевания и возможностей медицинской бригады.

Перевозка лица с ОВЗ – это услуга скорой помощи, которая заключается в доставке человека до стационарного места лечения (клиники, травмопункта и т. д.). Как правило, она осуществляется с помощью специально оборудованных транспортных средств, в которых имеется надлежащее оборудование для поддержания жизни и проведения комплекса реанимационных мероприятий.

Традиционно для транспортировки лежачих лиц с ОВЗ применялась скорая помощь. Однако услуги скорой помощи без неотложных причин недоступны. Именно в случае, когда нет нужды в экстренной медицинской помощи, а нужно просто безопасно перевезти лежачего или неходячего лица с ОВЗ, применяются услуги транспортировки лежачих лиц с ОВЗ без оказания медуслуг. Разница между скорой помощью и транспортировкой лежачего человека в том, что на скорой с ним едут медработники, способные оказать медпомощь, а при обычной перевозке лежачего человека с ним едут санитары и медпомощь не оказывается.

2.5.1 Переворачивание в кровати

Начиная перемещение клиента с психическими расстройствами, необходимо четко представлять себе ответы на следующие вопросы:

какова масса тела;

каково состояние человека;

какова цель перемещения;

какие вспомогательные средства имеются в наличии;

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

сколько человек могут участвовать в передвижении получателя услуг;

кто выполняет роль лидера (если в передвижении заняты двое и более человек).

Этот метод применяется, когда лицо с ОВЗ не способно двигаться самостоятельно. Прежде всего, объясните, что вы собираетесь делать. Лучше, если этот прием осуществляется двумя лицами, стоящими по обе стороны кровати, но если нет выбора, то можно одним.

Подъем в данном случае не обязателен. Поворачивание осуществляется путем перекачивания или плавного перемещения человека по направлению от вас (есть опасность падения лица с ОВЗ) (рис. 11). Чаще всего удобнее перекачивать человека на спину и затем передвинуть на край кровати, чтобы

впоследствии, возвращаясь в первоначальное положение, он снова оказался посередине кровати. Чтобы подвинуть лежащего человека на край кровати, сначала слегка приподнимите его голову и плечи, затем ноги, а потом туловище. Для осуществления каждого из этих движений подложите руку под него с той стороны кровати, к которой вы его подвигаете: стойте в положении «ноги врозь» (для равновесия) и передвигайте лицо с ОВЗ к краю кровати. Если клиент тучный, могут понадобиться два человека для перемещения его туловища и бедер. В этом случае встаньте рядом друг с другом и поворачивайте лицо с ОВЗ при помощи натянутой простыни.

После того, как, следуя инструкции, вы передвинули человека в положение «на спине» на край кровати, вы можете перевернуть его на правый бок на середине кровати. Для этого сначала подготовьте голову и плечи получателя услуг и убедитесь, что его рука свободна. Используя колено или плечи в качестве рычагов, перекатите туловище на себя (если вам приходится проводить этот прием в одиночку, будьте осторожны, следя за тем, чтобы, перекатив человека к краю кровати, не дать ему скатиться вниз). Затем подойдите с другой стороны, чтобы перекатить его на середину.



Рис.9. Поворачивание лица с ОВЗ

2.5.2. Перемещение с кровати на стул, со стула в туалет и обратно

Важно понимать, что вследствие общего ослабления организма на фоне заболевания, кости человека, который находится в лежащем положении

довольно хрупки. Чрезмерные усилия, грубые действия могут ему навредить. Обеспечьте плавность движений при перемещении тяжелобольного с места на место.

Если возможно, расположите стул или сиденье для судна удобно и как можно ближе к кровати. Для того, чтобы помочь лицу с ОВЗ сесть на край кровати со свободно свисающими ногами, необходимо вместе с помощником встать по обе стороны от человека и, согнув в локте свою поддерживающую руку, положить ее на кровать позади ягодиц. Используйте запястный захват, чтобы поддерживать бедра ближе к ягодицам. Далее подставьте свои плечи под плечи лица с ОВЗ, который при этом кладет свои руки вам на спины, и по команде поднимайте человека, разгибая свои колени и локти, пока не встанете прямо. Теперь его можно нести, не забывая поддерживать спину свободной рукой.

Чтобы опустить человека в кресло или стул, положите свою поддерживающую руку на подлокотник или сиденье стула и опустите его, сгибая свои колени и локоть. При этом убедитесь, что вы опускаете человека одновременно с помощником. Убедитесь также, что стул не наклоняется назад под давлением вашей помогающей руки (один из вас в целях безопасности может поддерживать спинку стула).

Перемещение лица с психическими заболеваниями одним человеком

Подъем при помощи раскачивания применяется для того, чтобы помочь лицу с психическими заболеваниями встать со стула или кресла и переместить на другое место, при условии, что человек способен помогать и контролировать свои движения.

Прием раскачивания помогает уменьшить усилия для его подъема. Нет необходимости поднимать клиента. Для выполнения приема встаньте лицом к человеку и помогите ему передвинуться на край стула, осторожно раскачивайте его из стороны в сторону. Делайте раскачивания ритмично, перемещая вес своего тела и удерживая человека близко к себе. При этом движении человек одновременно с вами поочередно переставляет ноги вперед,

делая маленькие шаги по полу, и таким образом передвигается на край стула. Затем поставьте одну свою ногу сбоку, а другую – перед ним, зафиксировав его колени. Далее вы можете помочь лицу с ОВЗ встать или передвинуть со стула на кресло – каталку, расположенную под углом 90° к стулу.

При подъеме получателя услуг можно воспользоваться приемом подмышечного захвата или удержания за таз или талию (ремень). Для перемещения на 90° или 180° можно использовать захват при поднятом локте. При этом вы можете хорошо контролировать движения лица с психическими заболеваниями.

Чтобы переместить лицо с психическими заболеваниями с регулируемой по высоте кровати на стул, поставьте стул вплотную к кровати. Опустите кровать и переместите его, как было описано выше.

Самые распространенные способы перемещения:

- пересаживание с помощью доски;
- пересаживание с помощью вращающегося диска;
- пересаживание с помощью пояса;
- пересаживание с помощью подъемника;
- перемещение на ходунках;
- перемещение на кресле-каталке;
- перемещение на костылях;
- перемещение с помощью трости;
- перемещение на инвалидном кресле-коляске;
- передвижение с помощью третьих лиц.

2.6. Оказание первой помощи при различных состояниях

Чаще всего люди с психическими расстройствами не имеют навыков оказания первой помощи, это еще раз подтверждает необходимость постоянного наблюдения за такими гражданами.

Первая помощь при ожоге

Ожог – это повреждение кожи от высокой температуры или химических препаратов. Всего различают 4 степени, в зависимости от того, насколько сильно поврежден обожженный участок (1 – покраснение кожи, 2 – образование пузырей, 3 – омертвление всей толщи кожи, 4 – обугливание тканей).

Ваши действия:

1. Убрать пострадавшего от источника опасности.
2. Охладить место ожога (это имеет смысл только первые 2 часа):
если ожог 1-й – 2-й степени, то поврежденный участок кожи должен находиться под прохладной струей воды в течении 10–15 минут;
если ожог 3-й – 4-й степени, следует приложить к нему влажную стерильную повязку и опустить обожженное место в прохладную воду.
3. После охлаждения, к ожогу следует приложить влажную стерильную повязку (ее необходимо удалить до высыхания ткани).
4. Снимите с пострадавшего часы, цепочки, браслеты, одежду (если ткань прилипла к поврежденной коже, ни в коем случае не отрывайте ее силой. Аккуратно обрежьте лишнюю ткань).

Далее, если ожог представляет собой участок покрасневшей кожи (возможно с припухлостью), нанесите на него лекарственное средство и закройте стерильной повязкой. Если кожа повреждена сильнее, следует обратиться к врачу.

Вызовите скорую помощь, если:

площадь ожога составляет 5 ладоней человека или более (в общей сложности);

ожог получил ребенок или пожилой человек;

получен ожог 3-й, 4-й степени;

ожогу подверглись: паховая область, голова, нос, глаза, дыхательные пути, обе конечности.

Первая помощь при обмороке

Обморок – кратковременная, частичная или полная потеря сознания, обусловленная нарушением мозгового кровообращения.

Причины: эмоциональный стресс, боль, переутомление, резкое изменение положения тела, нахождение в душном помещении.

Признаки: головокружение, слабость, потемнение в глазах, тошнота, бледность кожных покровов, холодный липкий пот.

Ваши действия:

1. Поддержите пострадавшего и уложите его в горизонтальное положение (если есть возможность, приподнимите пострадавшему ноги).
2. Расстегните стесняющую одежду.
3. Обеспечьте доступ свежего воздуха.
4. Если пострадавший не приходит в сознание 3–5 минут, то вызовите скорую помощь.

После того, как подопечный пришел в себя, переместите его в удобное для него положение. Рекомендуйте обратиться к врачу. Разговаривайте с пострадавшим до адекватного реагирования (насколько это возможно).

При невозможности положить пострадавшего в горизонтальное положение усадите и, придерживая, наклоните так, чтобы голова человека находилась между его колен.

Первая помощь при инсульте

Инсульт – внезапное расстройство функций головного мозга, вызванное нарушением его кровоснабжения.

Факторы, способствующие развитию инсульта: стресс, повышенное физическое и умственное напряжение, тромбы в кровеносной системе, генетическая предрасположенность.

Признаки:

внезапная слабость или онемение в руке и/или ноге;
внезапное нарушение речи и/или ее понимания;

внезапная потеря равновесия, нарушение координации, головокружение;

внезапная потеря сознания;

острая головная боль без какой-либо видимой причины или после тяжелого стресса, физического перенапряжения;

внезапное онемение губы или половины лица, часто с «перекосом» лица, и все это на фоне необычно низкого или, наоборот, повышенного артериального давления.

Три основных приема распознавания симптомов инсульта «УЗП»: улыбнись, заговори, подними.

У – попросите пострадавшего УЛЫБНУТЬСЯ. Посмотрите, искривился ли при этом его рот.

З – попросите его ЗАГОВОРИТЬ. Попросить выговорить простое предложение связно. Например, «За окном светит солнце». Обратите внимание, может ли он внятно и четко проговаривать слова.

П – попросите его ПОДНЯТЬ обе руки. Обратите внимание на то, опустится ли при этом его рука вниз или займет другое положение.

Если человек не может выполнить одно или более из этих действий, то с ним, вероятно, случился инсульт. Получатель услуг нуждается в немедленной помощи. Не пытайтесь решить проблему своими силами!

Ваши действия:

1. Попросите кого-либо вызвать скорую медицинскую помощь. Если никого рядом нет, сделайте это сами.
2. Помогите пострадавшему принять удобное положение (пусть он сидит или полулежит так, чтобы голова была приподнята). Клиенту необходимо находиться в состоянии покоя.
3. Постоянно следите за тем, находится ли пострадавший в сознании и нормально ли дышит.
4. Обеспечьте приток свежего воздуха (откройте окно).

5. Измерьте давление.
6. До приезда скорой помощи оказывайте подопечному психологическую поддержку.
7. Если клиент будет тошнить, поверните его на бок - рвотные массы не должны попасть в дыхательные пути.

Первая помощь при эпилепсии

Эпилептический припадок – это спонтанный приступ судорог, сопровождающийся нарушением или потерей сознания. Возникает он из-за нарушений функций головного мозга. Несмотря на то, что выглядит приступ устрашающе, длится он меньше минуты и зачастую проходит без серьезных последствий для пострадавшего. Однако важно знать, как оказать первую помощь при приступе и в каких случаях вызывать скорую помощь.

Признаки:

человек потерял сознание;
мышцы напряжены;
дыхание затруднено (могут посинеть губы);
конечности «дергаются»;
человек может прикусить язык или внутреннюю поверхность щек.

Кроме того, приступ может сопровождаться обильным слюноотделением, непроизвольным мочеиспусканием и т. д.

Ваши действия:

1. Убедиться, что пострадавшему ничего не угрожает (лучше всего не перемещать его).
2. Убрать все предметы, о которые он может удариться.
3. Положить подопечному что-то мягкое под голову (желательно, чтобы голова была приподнята).
4. Облегчить дыхание (расстегнуть рубашку, снять платок и т.д.).
5. Желательно положить пострадавшего на бок.

Если челюсти получателя услуг разжаты, попробуйте вложить ему между зубами ткань, сложенную в несколько раз или скрученную в

жгут (часть одежды, носовой платок и т.д). Внимательно следите за тем, чтобы ткань не перекрывала доступ воздуха.

Нельзя:

пытаться разжать челюсти пострадавшего;

поить пострадавшего, давать лекарства;

силой удерживать клиента на одном месте;

пытаться просунуть ему в рот что-либо, кроме ткани;

Вызовите скорую помощь, если:

приступ произошел с ребенком или лицом пожилого возраста;

человек был травмирован;

дыхание не восстанавливается;

приступ длится дольше 3-х минут (долгие приступы могут вызвать повреждение мозга).

Когда приступ закончится, положите человека в удобное положение (лучше всего повернуть его на бок). Находитесь с пострадавшим до тех пор, пока он полностью не придет в себя.

Если вам известно, что человек страдает эпилепсией, нет необходимости вызывать скорую помощь при возникновении припадков. Пострадавший обычно быстро приходит в себя.

Первая помощь при сердечном приступе

Сердечный приступ – это состояние, которое возникает из-за закупорки одной из артерий сердца, вследствие чего возникает недостаток кровоснабжения.

Симптомы:

сильная слабость, тревога;

ощущения удушья, одышка;

несварение желудка, тошнота, рвота;

головокружение, заложенность в ушах;

учащенное сердцебиение или аритмия;

бледность, посиневшие губы, холодный пот;

дискомфорт, давление, тяжесть или боль в груди, левой руке или под ребрами;

давление (оно обычно повышается, но в сложных случаях может быть и низким);

неприятные ощущения, распространяющиеся на спину, челюсти, горло или левую руку.

У клиента могут проявляться не все эти симптомы. Однако если человек ощущает боль в груди (или левой руке, или под ребрами), и еще несколько из вышеперечисленных признаков, то необходимо принять экстренные меры.

Дайте получателю услуг 1 таблетку нитроглицерина. Если спустя 5 минут боли не прекратились, вызовите скорую помощь.

Далее необходимо:

1. Положить пострадавшего на кровать с приподнятым изголовьем, либо посадить на кресло с подлокотниками.
2. Освободить шею и грудную клетку от одежды (расстегнуть рубашку, снять платок и т.д.).
3. Обеспечить приток свежего воздуха.
4. Дать еще одну таблетку нитроглицерина (если боли не прошли).
5. Желательно положить пострадавшего на бок.

Если спустя 10 минут пострадавшему не стало лучше, можно дать еще одну таблетку нитроглицерина. Более 3-х таблеток принимать нельзя.

Первая помощь при получении травмы

При столкновении с травмой важно понять, что именно случилось: вывих, открытая рана, внутренние повреждения и т. д. Если повреждение серьезное, сразу вызывайте скорую помощь.

Симптомы ушиба:

кожа не повреждена или повреждена незначительно;
на поврежденном участке появляется припухлость;
возможно образование кровоподтека или гематомы.

Ваши действия:

1. Постараться расположить поврежденную конечность выше тела.
2. Приложить лед или холодный компресс.

Симптомы вывиха:

резкая боль;

невозможность движения в суставе;

смещение костей из нормального положения.

Ваши действия:

1. Приложить холод на область поврежденного сустава.
2. При сильных болях можно дать обезболивающее средство.
3. Зафиксировать конечность в том положении, которое она приняла после травмы.
4. Вызвать скорую помощь или отвести пострадавшего в травмпункт.

Ни в коем случае не пытайтесь вправить вывих. Помимо того, что это в компетенции только квалифицированного врача (хирурга), можно спутать вывих с переломом и попыткой его «вправить», нанести пострадавшему большой вред.

Симптомы растяжения и разрыва связок: резкая боль; в области травмы быстро появляется отек.

Ваши действия:

1. Забинтовать область ушиба для того, чтобы пострадавшему было комфортно).
2. Постараться расположить поврежденную конечность выше тела.
3. Приложить лед или холодный компресс.
4. Вызвать скорую помощь или отвести пострадавшего в травмпункт.
5. По возможности, обеспечить пострадавшему полный покой.

Первая помощь при кровотечении

Кровотечение делится на внутреннее и внешнее. Внутреннее кровотечение гораздо опасней и основная задача при оказании первой помощи – обнаружить его.

Симптомы внутреннего кровотечения:

пострадавший бледен;

испытывает жажду;

покрыт холодным потом;

сильные, учащенные сердцебиение и дыхание;

жалуется на головокружение, шум в ушах, которые усиливаются при физическом напряжении;

«верхнее» (систолическое) давление снижено до 90–100.

Ваши действия:

1. Положить холодный компресс на поврежденную область.
2. Обеспечить пострадавшему полный покой.
3. Вызвать скорую помощь.

При наружном кровотечении главное остановить кровь и не дать ране загрязниться. Обычно это делается при помощи стерильных повязок и лекарственных препаратов. Желательно расположить человека так, чтобы рана была выше уровня тела. Если кровотечение сильное, обязательно вызовите скорую помощь.

В случае если рана нанесена животным, уточните у хозяина, привито ли оно от бешенства. Если такой возможности нет, примите, как данность, что прививки не было.

Первая помощь при переломе

Перелом – это частичное или полное нарушение целостности кости из-за удара, сжатия и т.д. Они делятся на закрытые и открытые.

Симптомы перелома:

изменение положения и формы конечности;

резкая боль в конечности, которая усиливается при любом движении;
невозможность пользоваться поврежденной конечностью;
появление отека и кровоподтека в зоне перелома.

Также конечность может стать короче и ненормально двигаться (например, сгибаться не в ту сторону или в месте, где это невозможно).

Ваши действия:

1. Зафиксировать перелом (сделать так, чтобы поврежденная область не двигалась).
2. Остановить шок у пострадавшего (либо успокоить словесно, либо дать успокоительные средства).
3. Вызвать скорую помощь.

Обычно для того, чтобы зафиксировать перелом, используются шины, которые накладываются до того, как пострадавшего отправят в больницу.

При столкновении с открытым переломом:

1. Вызовите скорую помощь.
2. Не пытайтесь вправить в рану обломки кости или удалять осколки.
3. Постарайтесь остановить кровотечение (наложите стерильную повязку или чистую ткань).
4. Дождитесь приезда скорой, не оставляйте пострадавшего одного.

Первая помощь при судорогах

Судороги – это непроизвольное сокращение мышцы или группы мышц, обычно сопровождаемое резкой и ноющей болью.

Причины: эпилепсия, отравления, травма головы, высокая температура (чаще у детей).

Признаки: судорожные сокращения мышц, остановка дыхания, потеря сознания.

Первая помощь направлена на предотвращение получения травмы и обеспечение проходимости дыхательных путей.

Ваши действия:

1. Поддержите руками падающего человека, опустите его здесь же на пол. Если человек находится в опасном месте, приподняв голову, взяв его под мышки, переместите его немного в сторону от опасного места.
2. Уберите все предметы, находящиеся вблизи пострадавшего, которые могут привести к травме.
3. Защитите голову пострадавшего, подложив под нее что-нибудь мягкое (сложенная одежда и т. п.).

Не пытайтесь положить что-либо между зубами клиента, не фиксируйте конечности пострадавшего (для предотвращения травмы). После припадка пострадавший испытывает сонливость и плохо разбирается в окружающей ситуации. Оставайтесь с получателем услуг до тех пор, пока он полностью не придет в себя. Можно положить пострадавшего в восстановительное положение.

В редких случаях выход из приступа может сопровождаться непроизвольным мочеиспусканием, при этом у человека в это время еще продолжаются судороги, а сознание в полной мере к нему не вернулось. Вежливо попросите других людей отойти и разойтись.

Скорую помощь необходимо вызвать, если:

судороги длятся более 5 минут или повторяются;

после приступа пострадавший не приходит в сознание более 5 минут;

приступ произошел впервые;

пострадавший ранен или болен сахарным диабетом;

приступ случился у ребенка или у пожилого человека.

ГЛАВА 3 Взаимодействие с гражданами, страдающими психическими расстройствами, и их социальным окружением

3.1. Оценка психологического состояния гражданина

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

Иногда целесообразно исследовать когнитивные функции в начале беседы. Оценивают внимание, способность ориентироваться в пространстве и времени, память. Желательно распределить вопросы на протяжении всей беседы, а не задавать их единым блоком. Необходимо заранее решить, какие именно вопросы следует задать. Для оценки психического статуса в практике врачей-гериатров и неврологов, как правило, используют краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE) (таб.2).

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)

Инструкция по использованию шкалы:

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

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

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

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

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

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

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

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

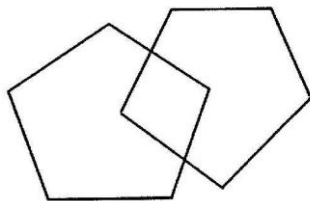
Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное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

неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

Таблица 2

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

*



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

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

3.2. Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами

В целях более точного планирования, организации и реализации процесса обслуживания получателей социальных услуг, ухода за ними, необходимо понимать, что имеющиеся у них психические заболевания влекут определенные изменения и нарушения в психической, личностной и поведенческой сферах.

Основными признаками психического или поведенческого расстройства специалисты ВОЗ называют «нарушения мышления, настроения или поведения, которые выходят за рамки существующих культурных убеждений и норм», то есть – психологический дискомфорт, отклонение от обычной

способности выполнения работы или обучения, «повышение риска смерти, страдания или нарушения деятельности».

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

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

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

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

больные хроническими психическими заболеваниями часто утрачивают волевые ресурсы психики, теряют побудительные мотивы деятельности.

Среди людей, страдающих психическими расстройствами можно выделить три основные категории лиц:

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

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

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

Необходимо отметить, что диагноз «умственная отсталость», имеющийся у большинства клиентов психоневрологического интерната – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Выделяют 4 степени выраженности умственной отсталости: глубокая – идиотия; тяжелая – имбецильность; умеренная; легкая.

Люди с ограниченными умственными возможностями отличаются недостаточным развитием психических процессов: различные по характеру и глубине нарушения умственной деятельности, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, которые приводят к нарушению познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта. У умственно отсталых людей на уровне нервных

процессов имеет место слабость замыкательной функции коры головного мозга, инертность нервных процессов, повышенная склонность к сохранному торможению. Все это создает патогенную основу для снижения познавательной активности в целом.

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

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

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

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

Психические расстройства подразделяются на две категории (уровни расстройств): неврозы и психозы.

Психозы – наиболее тяжелые проявления психического расстройства.

При психозе у человека полностью теряется или резко ослабляется способность правильно воспринимать и понимать окружающих, самого себя. Человек может видеть и слышать то, чего нет на самом деле, или высказывать бредовые идеи. При этом он часто не понимает, что болен, ведет себя неправильно или даже опасно.

Психозы указывают на наличие психических расстройств: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, болезнь Альцгеймера и т.д. Основные признаки психоза:

- неправильное восприятие окружающего мира;
- отсутствие критики к собственному состоянию;
- нелепое или опасное поведение, обуславливающее социальную дезадаптацию человека.

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

У лиц с ограниченными умственными возможностями встречаются также расстройства психического развития – группа нарушений психического развития: синдром Дауна, детский церебральный паралич (далее ДЦП) и другие.

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

ДЦП – расстройство, связанное с двигательными функциями и произвольным контролем движений. Интеллект при этом может быть не

нарушен. Двигательная сфера характеризуется такими особенностями, как спазмы, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, речевые расстройства.

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

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

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

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

компенсаторные (связанные со сложностями социальной адаптации людей с данной патологией в здоровом коллективе);

структурные (возникающие вследствие общеорганического поражения ЦНС);

клинико-патологические (являющиеся следствием сопутствующих умственной отсталости психических заболеваний).

Компенсаторные нарушения поведения. Говоря о данном виде нарушений поведения, нужно понимать, что человек с умственной отсталостью – это особый человек, который в силу своих психических особенностей иначе воспринимает окружающий мир. Незрелость основных

нервных процессов, неустойчивость психики делают такого человека уязвимым для действия многих отрицательных факторов, нарушающих формирование поведенческих актов. В первую очередь, данная категория людей сталкивается с трудностями во взаимоотношениях с окружающими людьми, которые в большинстве случаев не знают психических особенностей, в результате чего возникают конфликты. Такие люди начинают проявлять агрессию в своем поведении, которая выступает как защитная реакция на возникающие трудности или гиперкомпенсация интеллектуального отставания в развитии при сохранном соматическом здоровье.

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

Структурные нарушения поведения представлены двумя основными формами:

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

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

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

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

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

1. Медико-социальная реабилитационная группа с полной зависимостью: человек не способен самостоятельно осуществлять основные категории жизнедеятельности, имеет постоянную зависимость от других лиц, ввиду значительно выраженных стойких нарушений функций организма (таб.3).

Таблица 3

Специфика расстройств	Категория граждан	Характеристика ограничений	Описание объема помощи
Тяжелые психические заболевания	Инвалиды 1 и 2 групп, которые в силу психических расстройств (шизофрения, тяжелая умственная отсталость, синдром Дауна) признаны недееспособными, утратили способность к самообслуживанию и активному передвижению	Прикован к постели и (или) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи. Нуждается в круглосуточном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. Не может быть оставлен один без присмотра	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических мероприятий. Помощь в социальнобытовой и психологической приспособляемости лиц, находящихся на постельном режиме
Тяжелые неврологические заболевания	Инвалиды 1 и 2 групп, которые в силу неврологических расстройств	Прикован к постели и (или) не может передвигаться самостоятельно	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания путем

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

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

2. Медико-социальная реабилитационная группа с выраженной зависимостью: человеку необходимо использовать вспомогательные средства, помощь другого человека или специально созданные для проживания условия, ввиду выраженных нарушений функций организма (таб.4).

Таблица 4

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

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

	силу каких-либо психических заболеваний частично утратили способность к самообслуживанию и (или) передвижению	выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и т.д. Возможно, нуждается в дополнительных средствах передвижения: кресло-коляска, ходунки, костыли. Может быть оставлен один без присмотра	предоставления своевременного и полноценного ухода. Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, имеющих выраженную зависимость.
Двигательные нарушения	Инвалиды 2 и 3 групп, которые в силу каких-либо заболеваний частично утратили способность к самообслуживанию и (или) активному передвижению	Выраженное ограничение возможностей самообслуживания при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет и т.д. Возможно,	Проведение реабилитационных, лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий. Помощь в социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, имеющих выраженную зависимость.

		нуждается в дополнительных средствах передвижения: кресло-коляска, ходунки, костыли. Может быть оставлен один без присмотра	
--	--	---	--

2. Социально-реабилитационная группа с умеренной зависимостью: у человека незначительная или умеренно выраженная зависимость, самостоятельно способен осуществлять жизнедеятельность того или иного вида с определенными трудностями и преимущественно без помощи вспомогательных средств, в связи с временными, умеренно выраженными, или стойкими нарушениями функций организма (таб.5).

Таблица 5

Специфика расстройств	Категория граждан	Характеристика ограничений	Описание объема помощи
Без выраженных нарушений	Граждане пожилого возраста, страдающие хроническими соматическими заболеваниями или умеренно выраженными	Могут передвигаться самостоятельно или с помощью трости. Незначительное ограничение возможностей самообслуживания.	Организация жизнедеятельности и создание комфортных условий для проживания. Проведение реабилитационных, лечебно-

	нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест, выполняет другие виды повседневной активности. Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности.	профилактических, оздоровительных мероприятий. Оказание социально-бытовой и психологической помощи.
--	--	--	---

3.3. Этика общения с людьми, страдающими психическими расстройствами

В психиатрической практике большое значение имеет умение установить эмоциональный контакт с больным, найти индивидуальный подход и правильную тактику поведения. Особенности личности и психического состояния человека во многом определяют его реакции, поведение и взаимоотношения со специалистом.

Например, тревога и страх в скрытой или явной форме, которые наблюдаются при многих психиатрических заболеваниях, особенно в сочетании со «сверхценными» и бредовыми идеями, могут резко изменить эмоциональные переживания больного человека и спровоцировать суицидальные поступки или агрессию в отношении окружающих.

Специалист, зная закономерности проявления того или иного психопатологического состояния, может не только обезопасить себя, но и в значительной мере повлиять на эмоциональное состояние и поведение клиента, уменьшить остроту его.

Люди с задержкой в развитии и проблемами общения:

Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.

Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все «по шагам». Дайте возможность Вашему собеседнику обыграть каждый шаг после того, как Вы объяснили ему.

Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии.

Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как Вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие Вы обсуждаете с другими людьми, например: планы на выходные, отпуск, погода, последние события.

Обращайтесь непосредственно к человеку.

Люди с психическими нарушениями:

Люди с психическими нарушениями обязательно нуждаются в кураторстве, сопровождении со стороны других людей.

Обращайтесь с людьми с психическими нарушениями как с личностями.

Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют навыков и способностей.

Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что Вы можете сделать, чтобы помочь ему.

Не говорите резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у Вас есть для этого основания.

Люди, испытывающие затруднения в речи:

Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их - в Ваших интересах.

Не перебивайте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он (она) уже закончил.

Не притворяйтесь, если Вы не поняли, что Вам сказали.

Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять Вас.

Если у Вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли Ваш собеседник использовать другой способ - написать, напечатать.

Общение с человеком в инвалидной коляске:

Не думайте, что необходимость пользоваться инвалидной коляской - это трагедия. Это способ свободного (если нет архитектурных барьеров) передвижения. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

При разговоре обращайтесь непосредственно к человеку.

Если Вы общаетесь с человеком в инвалидной коляске, вначале спросите у него или у нее, не нужна ли помощь.

Не облакачивайтесь и не опирайтесь на коляску, если только ее владелец не разрешил Вам этого сделать.

Наклонитесь или присядьте, расположитесь рядом на стуле, чтобы оказаться на одном уровне с инвалидной коляской.

Если Вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.

Люди с плохим зрением:

Предложите свою руку.

Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как с обычным домашним животным. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.

Всегда проясняйте, в каком формате человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, аудиозапись.

Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он Вас не видит и его сопровождает помощник.

Если Вы читаете для человека, который плохо видит или не видит, сначала расскажите о том, что Вы собираетесь читать. Говорите нормальным голосом.

Люди, которые плохо слышат:

Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.

Существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если Вы не знаете какой предпочесть, спросите.

Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно легко тронуть человека за руку или плечо, или же помахать рукой.

Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то.

Если Вас просят повторить что-то несколько раз, попробуйте перефразировать свое предложение.

Три главных коренных условия обеспечения эффективных взаимоотношений с другим человеком:

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

Важным аспектом при взаимодействии с человеком является эмпатическая способность видеть мир с точки зрения клиента. Хотя невозможно прожить жизнь другого человека и впитать в себя его опыт, как он или она выстрадали его, познать те чувства, которые он или она испытывали в той или иной ситуации, можно выразить им свое сочувствие.

Эмпатия – понимание эмоционального состояния другого человека посредством проникновения в его субъективный мир. Это способность ощутить чувства другого человека, не втягиваясь в процесс их переживаний. При этом необходимо различать следующие слова: жалость («мне жаль тебя»), симпатию («я сочувствую тебе»), эмпатия («я – с тобой»).

Отсутствие осуждения. При беседе с другим человеком должна создаваться атмосфера доверия. Для этого желательно уточнять у говорящего правильно ли его поняли. Исполняя роли слушателей или помощников, используя во взаимодействии такие качества как понимание, неосуждение,

искренность мы должны постоянно осознавать наши собственные ценности и отношения. Если мы не будем делать этого, мы не сможем в полной мере взаимодействовать с другим человеком. Оказание помощи, таким образом, нечто большее, чем применение нескольких изученных приемов; это процесс, который вовлекает всего человека.

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

Существует ряд приемов активного слушания:

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

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

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

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

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

Условия обеспечения успешных взаимоотношений с другим человеком:

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

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

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

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

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

3.4. Рекомендации по взаимодействию с людьми с расстройствами аутистического спектра (РАС)

1. Не стоит прикасаться к людям с РАС с целью привлечь внимание без получения разрешения на физический контакт, не протягивайте руку первым для рукопожатия.

2. Большинство граждан с РАС имеют трудности с откликом на имя, поэтому перед вступлением в диалог следует уточнить, как обращаться к человеку, какую форму имени использовать и при обращении к человеку использовать именно эту форму.

3. Граждане с РАС трудно воспринимают зрительный контакт, поэтому старайтесь не смотреть человеку в глаза, это вызывает тревогу и может вызвать эмоциональную нестабильность.

4. При взаимодействии с человеком с РАС необходимо перевести устройства сотовой связи в беззвучный режим. Внезапные звуки определенной тональности и продолжительности негативно сказываются на дальнейшем взаимодействии с человеком с РАС, эти звуки могут полностью отвлечь и вызвать дискомфорт гражданина с РАС.

5. Перед взаимодействием с человеком с РАС не используйте резко пахнущую парфюмерию, и не курите.

6. Не используйте съёмку со вспышкой. Это может вызвать испуг у человека.

7. При разговоре с человеком с РАС старайтесь говорить чётко, прямо и кратко, не используйте шуток, иносказаний и намёков.

8. Старайтесь говорить без лишней жестикуляции, тихо, обращайтесь друг к другу по очереди.

9. Вы должны понимать, что обращение к вам без использования вежливых слов не является неуважительным тоном к вам, такая форма общения присуща человеку с РАС, они отвечают чётко на вопрос без лишних слов.

10. В общении с людьми с РАС не стоит обращать внимание на необычный зрительный контакт, на тон голоса, на позу собеседника, все это происходит у человека с РАС для активации устной речи и предотвращения тревожности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уход за гражданами, страдающими психическими расстройствами, имеет свои особенности. Объясняется это тем, что многие граждане, страдающие психическими расстройствами, не понимают своего болезненного состояния, а некоторые вообще не считают себя больными. У ряда таких граждан отмечается картина резкого двигательного возбуждения, поэтому ухаживающим за такими гражданами нужно быть постоянно начеку, ухаживающий персонал должен быть терпеливым, находчивым, бдительным и ласковым. Ведь для многих граждан, страдающих психическими расстройствами, каждое грубое слово – лишний раздражитель, который может усилить депрессию, вызвать у такого гражданина припадок бешенства или приступ эпилепсии.

Обращение с гражданами, страдающими психическими расстройствами, должно быть серьезным, вежливым, приветливым и участливым. Граждане, страдающие психическими расстройствами, чем бы они ни болели, прекрасно понимают отношение к ним, ценят его, и это помогает в работе тех, кто за ними ухаживает. Но не следует быть чрезмерно ласковым и слащавым, относиться к ним как к детям. Это тоже обычно раздражает и волнует такую категорию граждан.

Если вы видите, что человек встревожен, лучше избегайте физического контакта (если уверены в том, что это будет ему неприятно), и не подходите слишком близко.

Если вы видите, пусть даже небольшие, изменения состояния человека с психическим расстройством в лучшую сторону – обязательно отмечайте это и хвалите.

Если же вы чем-то недовольны – говорите об этом. Но говорите доброжелательным тоном.

Не устраивайте вокруг получателя услуг толпу. Следите за тем, чтобы вокруг него не скапливалось большое количество людей. Человек с

психическими расстройствами может ощущать себя загнанным в ловушку и начать паниковать, или же проявлять агрессию.

Людам с психическими расстройствами очень важно, чтобы от человека, находящегося рядом исходила уверенность, поэтому говорите с ними уверенным, спокойным тоном. Такой голос помогает им быстро избавиться от многих иррациональных чувств.

Данные методические рекомендации разработаны в помощь специалистам, работающим с гражданами, страдающими психическими расстройствами. Также могут быть использованы родителями (законными представителями) несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, и лицами, осуществляющими уход за гражданами с психическими расстройствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Методические рекомендации по организации школ по уходу за тяжелобольными гражданами (в рамках создания системы долговременного ухода). Департамент социального развития Тюменской области Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области и дополнительного профессионального образования «Областной геронтологический центр», Тюмень, 2018.
2. Нестерова, А. А., Ковалевская, Н. А. Жизнеспособность и стратегии совладания матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник МГОУ. Сер.: Психологические науки. 2015. № 3. С. 38 – 47.
3. Основы реабилитации. Под редакцией проф. В.А. Епифанова, проф. А.В. Епифанова. 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2020.
4. Руководство для членов семьи ребенка с ограничениями. Русская версия «Обучение в обществе для людей с умственными и физическими ограничениями» издается при поддержке Восточно-Европейского Комитета (Швеция). Перевод – Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам при участии Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства. Издание второе, исправленное и дополненное. Опробовано и протестировано в условиях России. Под редакцией Е. В. Клочковой, 2003.
5. Стребелева, Е.А., Мишина, Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии. – М.: Парадигма, 2015.
6. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Методические рекомендации. - М.: Человек, 2017. – 139 с.
7. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224с.

Нормативные-правовые акты

8. Российская Федерация. Законы. 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).

9. Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями».

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

12. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.08.2019 г. № 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».

13. Приказ Минтруда России от 23.07.2019 г. № 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».

14. Национальный стандарт РФ. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. ГОСТ Р 52623.3-2015. – М, 2015.

15. Национальный стандарт РФ. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. ГОСТ Р 52623.4-2015. – М, 2015.

Информационные ресурсы

16. Официальный сайт ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет».