



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙ АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

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



СБОРНИК

ПО ОБУЧЕНИЮ НАВЫКАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ (ЕДИНЬЙ ОБУЧАЮЩИЙ КЕЙС ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОБУЧАЮЩИХ РОДСТВЕННИКОВ)

Составители:

Д.М. Кундухова, методист отдела методологии
Ю.Б. Тарханова, методист отдела методологии

Утверждено на заседании экспертного совета по проведению экспертиз
(протокол № ___ от _____ 2020 г.)

Сургут, 2020

В сборнике представлены единые обучающие кейсы для родственников по основным навыкам ухода в домашних условиях за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития. В приложениях к сборнику представлены алгоритмы действий в конкретных ситуациях, возникающих в процессе реабилитации и ухода в домашних условиях за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития.

Материал предназначен для специалистов комплексных центров социального обслуживания населения.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ГЛОССАРИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ.....	9
1.1. Основные понятия и правила реабилитации и ухода в домашних условиях.....	9
1.2. Нормативная правовая база, регламентирующая реабилитацию и уход за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития.....	15
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ НАВЫКАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ.....	17
2.1. Актуальность программы.....	17
2.2. Особенности организации процесса обучения. Школа ухода	18
2.3. Формы взаимодействия специалистов с родственниками лиц с ОВЗ.....	19
2.4. Учебно-тематический план.....	22
2.5. Кадровые ресурсы.....	23
2.6. Ожидаемые результаты.....	24
ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ НАВЫКАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ.....	25
3.1. Обустройство жилья, инвалидов и детей, имеющих особенности развития.....	25
3.1.1. Оснащение комнаты.....	25
3.1.2. Постель и смена белья.....	27
3.2. Личная гигиена	29
3.2.1. Уход за кожей.....	30
3.2.2. Проведение гигиенической ванны.....	31
3.2.3. Проведение гигиенического душа.....	33
3.2.4. Мытье ног.....	34
3.2.5. Подмывание.....	35

3.2.6.	Уход за волосами, ногтями, ушами.....	37
3.3.	Особенности ухода при физиологических отправлениях.....	38
3.3.1.	Подача судна и мочеприемника.....	38
3.3.2.	Смена подгузников.....	40
3.3.3.	Уход за катетером.....	42
3.3.4.	Освобождение мочевого дренажного мешка.....	44
3.4.	Питание и кормление.....	45
3.4.1.	Кормление инвалида или ребенка, имеющего особенности развития, при нарушенной глотании.....	47
3.4.2.	Кормление инвалида или ребенка, имеющего особенности развития, при различных видах ограничения двигательных функций.....	50
3.4.2.1.	Кормление лежачего лица с ОВЗ.....	50
3.4.2.2.	Кормление частично мобильного лица с ОВЗ.....	50
3.5.	Транспортировка и перемещение инвалидов и детей, имеющих особенности развития.....	51
3.5.1.	Транспортировка	51
3.5.2.	Переворачивание в кровати.....	52
3.5.3.	Перемещение с кровати на стул, со стула в туалет и обратно	53
3.6.	Оказание первой помощи при различных состояниях.....	55
3.7.	Использование технических средств реабилитации для лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	62
3.8.	Психологические аспекты, связанные с вопросами организации реабилитации и ухода в домашних условиях за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития.....	65
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		71

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.

РМ – реабилитационные мероприятия.

РФ – Российская Федерация.

СМИ – средства массовой информации.

ТСР – техническое средство реабилитации.

ФСС – Фонд социального страхования Российской Федерации.

ГЛОССАРИЙ

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

Дети с ограниченными возможностями – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь.

Инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать его полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

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

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

Реабилитационные мероприятия – это направленные воздействия на инвалида при добровольном его согласии, являющемся необходимым предварительным условием их реализации.

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время инвалидность и ограниченные возможности здоровья являются проблемой не одного человека или даже не части населения, а всего общества в целом. Рост инвалидности и численности инвалидов, с одной стороны, – это углубление внимания к каждому индивиду, вне зависимости от его физических, психических и интеллектуальных способностей, с другой – совершенствование представлений о ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества. Все это является предметом социальной работы с инвалидами.

Проблема семьи, имеющей в своем составе взрослого человека (или ребенка) с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) находится сейчас в центре интересов государства и общественных организаций. Но и при этом в большинстве случаев данная категория населения всё-таки остается без должного внимания, и уход за лицами с ОВЗ приходится осуществлять родителям, родственникам, опекунам в домашних условиях, в связи с дорогостоящими услугами специалистов, осуществляющих уход на дому, отсутствием мест в стационарах, а также высокими ценами в специализированных центрах.

Такой уход за гражданином с ОВЗ требует специальных навыков, а также обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, создания условий, обеспечивающих физический и психический покой. Поэтому родственникам, осуществляющим уход, необходимо владеть простейшими приемами ухода, уметь адаптировать лицо с ОВЗ к изменившимся условиям жизни и здоровья, поощрять его к самостоятельности и самообслуживанию.

Родственникам, осуществляющим уход, также необходимо, по возможности, помогать своим подопечным в поддержании их самооценки на должном уровне, а также в сохранении чувства собственного достоинства. Оказывая помощь, необходимо понимать их эмоции и учитывать ожидания.

Болезнь или состояние инвалидности может наступить внезапно, например, после паралича, падения и т. д. Поначалу возможна полная зависимость лица с ОВЗ от других людей, невозможность обслуживать себя самостоятельно. Вследствие чего, могут развиваться страх, депрессия, гнев, а в результате – «уход человека в себя». На данном этапе родственникам следует оказывать лицу с ОВЗ помощь, основываясь на медицинские предписания.

Родственники также должны помнить, что в процессе ухода за своими близкими с ограниченной способностью к самообслуживанию и

передвижению необходимо использовать свои навыки для того, чтобы помочь им, по мере возможности, восстановить физическую независимость.

Все вышеперечисленные факторы, указывают на то, что лицам, осуществляющим уход, необходимо получить определенный объем знаний, навыков и умений, которые помогут им специализированно и качественно выполнять уход и реабилитацию в домашних условиях.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

1.1. Основные понятия и правила реабилитации и ухода в домашних условиях

Люди с нарушениями есть в любом обществе. Считается, что приблизительно семь из каждых ста человек имеют какие-либо нарушения, из-за которых человеку трудно делать все то, что легко делают другие, то есть его повседневная активность ограничена.

То, насколько выражены те или иные ограничения жизнедеятельности зависит от вида нарушений, которые есть у человека. Кроме этого, на выраженность ограничений влияет та среда, в которой живет человек с нарушением.

Раньше считалось, что главная цель реабилитации – это вылечить человека с нарушениями, чтобы он стал таким же, как обычные люди. Но, к сожалению, большинство нарушений нельзя «исправить»: ребенок с церебральным параличом никогда не будет двигаться точно так же, как обычный ребенок; большинство людей, потерявших слух, не смогут его восстановить и т. д. Намного важнее для таких людей научиться самостоятельно или с помощью родителей и родственников делать все то, что могут делать другие люди, которые живут рядом с ними.

Уход за человеком – это действия, направленные на решение существующих и потенциальных проблем здоровья в условиях изменяющейся окружающей среды. Под уходом понимают комплекс гигиенических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение здоровья, облегчения страданий при болезни, скорейшее выздоровление и предупреждение осложнений.

Цель реабилитации – это эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут». По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности. Таким

образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную, социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: социальную, медицинскую, профессиональную, физическую.

Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности (ОЖД) инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

К основным принципам реабилитации относятся:

- 1) раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (РМ);
- 2) комплексность использования всех доступных и необходимых РМ;
- 3) индивидуализация программы реабилитации;
- 4) этапность реабилитации;
- 5) непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации;
- 6) социальная направленность РМ;
- 7) использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Чаще всего в помощи нуждаются несовершеннолетние лица с ограничениями жизнедеятельности. Ребенок с инвалидностью нуждается в неизмеримо больших трудах родителей, чем здоровый ребенок. Родители должны быть не простыми исполнителями назначений и предписаний врачей, психологов и логопедов. Они должны стать равноправными партнерами в борьбе за собственного ребенка. При стационарном лечении волевая доминанта отдается специалистам. В условиях домашней обстановки ответственность за ребенка лежит на родителях и родственниках. Поэтому, родителям, имеющим ребенка-инвалида, должны быть доступны методики коррекционно-развивающей работы.

Большинство родителей, имеющих такого ребенка, осознают необходимость систематической и целенаправленной коррекционной работы над развитием его двигательной сферы, речи и интеллектуальных возможностей: организуют занятия ребенка со специалистами, курсы лечения, зачисляются в специализированные учреждения.

Вместе с тем, специально организованные занятия занимают лишь ограниченное количество времени в сутки, большую же часть ребенок с ОВЗ находится дома, в обществе родителей. Правильно организованное общение родителей с больным ребенком в повседневной жизни, в процессе совместного выполнения даже таких элементарных действий как умывание, кормление,

уборка, стирка, т. е., в режимных моментах, имеет огромное значение для его психического развития.

Человек приобретает опыт и развивается лишь в деятельности. Если ребенок-инвалид не может выполнить действия в силу двигательных ограничений, невнимательности и недостаточного восприятия, неправильно превращать его в пассивного наблюдателя за жизнью других людей.

В раннем возрасте нам нужно заложить эти механизмы, рассматривая восприятие и внимание как инструменты обеспечения успешной адаптации детей-инвалидов в обществе. Чтобы это было образом жизни семьи и помогло преодолеть трудности, которые вызваны болезнью ребенка, родители и родственники в домашних условиях должны научиться способам привлечения внимания ребёнка, стимуляции его к развитию активного взаимодействия, что будет способствовать формированию эмоционального фона, социальной направленности и регуляции поведения.

Родители должны стимулировать детей на произвольные подражания действиям, мимике и интонациям взрослых, на эхолалии, обыгрывать звуковые реакции с помощью эмоционально-смыслового комментария игр и занятий, сопровождающего ребёнка в течение всего дня и являющегося необходимым элементом занятий. Используемые приёмы должны включать создание предметной игровой среды с учётом индивидуального подхода и мобильности.

Упражнения необходимо проводить в домашней обстановке во всех режимных моментах и не забывать о том, что родитель должен помочь ребенку-инвалиду, а не сделать за него.

У каждого лица с ОВЗ свои трудности. Исходя из особенностей состояния, необходимо варьировать приёмы работы.

В работе с детьми-инвалидами с нарушением слуха большое значение имеет подражание, должна широко использоваться предметная деятельность на основе эмоционального воздействия с взрослым, уточняется характер имеющихся звуков. Воздействие направляется на развитие фонематического восприятия, понимание речевых структур.

У детей-инвалидов с нарушениями зрения особенно обширно представлены нарушения, становящиеся причиной сокращения двигательной активности и раннего расстройства информационных связей с окружающим миром. Своеобразие комплексной коррекционной работы осуществляется с учётом состояния зрения, особенностей способов восприятия, специфических приемов подачи одного и того же материала. У таких детей необходимо формировать всесторонние представления об окружающем с опорой на

различные формы вербальной и невербальной деятельности. Особое внимание обращается на возможность использования имеющегося зрения – дидактический материал необходимой величины, окраски и объёмности, использование рельефных картинок и т. д.

Важным моментом в работе с детьми-инвалидами с интеллектуальной недостаточностью является развитие наглядного мышления, знакомство с предметами окружающей действительности. С этими детьми необходимо проводить дополнительную работу по развитию психической активности, введению в эмоциональное переживание, насыщению сенсорными впечатлениями с помощью зрительной, вестибулярной и тактильной стимуляции.

Специфика работы с детьми-инвалидами с детским церебральным параличом заключается в сочетании массажа артикуляционных органов с развитием функций рук и общей моторики ребёнка. Большое значение придается формированию тактильного восприятия. Коррекционные мероприятия по развитию и совершенствованию восприятия и внимания осуществляются в процессе практической деятельности – спонтанная игра ограничена в силу специфики самого заболевания.

Работа по установлению контакта с детьми-инвалидами с эмоциональными нарушениями должна идти особенно осторожно. Главным является снятие общей отрицательной оценки взрослого человека ребёнком. «Приручая» ребёнка, не нужно привлекать его зрительное внимание, обращаться прямо к нему словом или жестом. После установления к себе положительного отношения, нужно помнить о пресыщаемости такого ребёнка в контактах, давать возможность ему отдохнуть, не прерывая тактильного контакта. В моменты интенсивной вестибулярной стимуляции необходимо фиксировать аффективную связь момента удовольствия и взгляда, улыбки взрослого, добиваясь ответной реакции ребёнка. Задания на организацию зрительного внимания в данном случае не эффективны.

Общие правила ухода за лицами с ограниченными возможностями в домашних условиях

Объем ухода зависит от состояния лица с ОВЗ, в соответствии с которым врач может назначить определенный постельный режим. Однако даже возможность полного самообслуживания не освобождает близких от ухода за лицом с ОВЗ, создания благоприятных условий для его реабилитации.

Как показывает опыт работы с лицами с ОВЗ, успех в реализации планов их реабилитации достигается только при тесном сотрудничестве всех занятых в этой работе специалистов – врача, медсестер по массажу, инструкторов

ЛФК, психологов, логопедов, дефектологов, педагогов дополнительного образования, инструкторов по труду, социальных педагогов и специалистов по социальной работе с родителями ребенка. Более того, родители лица с ОВЗ должны рассматриваться в качестве основных исполнителей значительной части реабилитационных мероприятий.

Для хорошего ухода нужны не только знания и навыки, но и чуткость, такт, способность психологического воздействия, чтобы преодолеть повышенную раздражительность лиц с ОВЗ, имеющего особенности развития, владеющее им чувство тревоги, иногда даже безысходность, отвлечь от чрезмерного внимания к своему недугу. Сдержанное, ровное и спокойное отношение поддерживает инвалида, укрепляет его волю к выполнению всех врачебных предписаний. Давно доказано, что качества личности инвалида, его психологический настрой существенно влияют на течение «болезни», ее исход.

Уход разделяют на общий и специальный. Общий уход – это поддержание санитарного порядка в помещении, где находится лицо с ОВЗ, забота об удобстве постели, чистоте белья и одежды, организация питания, помощь при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях и т. д., выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за самочувствием и состоянием. Специальный уход включает особенности ухода, обусловленные спецификой того или иного заболевания или повреждения.

Процедуру ухода за лицами с ОВЗ необходимо осуществлять в зависимости от состояния и особенностей заболевания или повреждения. Но есть ряд критериев, которые должны соблюдаться вне зависимости от вышеуказанных факторов:

1) Требования к помещению

В этой комнате человек будет находиться большую часть своего времени, поэтому необходимо сделать все возможное, чтобы добиться оптимальных, психологически комфортных условий.

В первую очередь, требуется позаботиться о хорошем освещении. Темнота негативно влияет на психоэмоциональное состояние больного.

Очень важно обеспечить полное отсутствие постороннего шума, чтобы человеку было комфортно находиться в помещении. Необходимо помнить о досуге. Если лицо с ОВЗ любит смотреть телевизор, обязательно наличие в комнате техники.

Очень важное требование – обеспечение циркуляции воздуха. Нужно ежедневно проветривать помещение, в котором находится лицо с ОВЗ, не реже

двух раз в день. При возможности, стоит регулярно делать кварцевание, чтобы уничтожить патогенные микроорганизмы.

2) Температурный режим

Нужно отрегулировать температуру в помещении таким образом, чтобы лицу с ОВЗ не было ни жарко, ни холодно. Излишняя потливость приводит к негативным изменениям кожных покровов, а чрезмерный холод – к ослабеванию иммунитета. Оптимальная температура – от 18 до 22 °С. Одежда должна подбираться с учетом сезона и температуры в комнате.

3) Расстановка мебели

Если человек может передвигаться самостоятельно, то необходимо позаботиться о том, чтобы он мог иметь свободный доступ ко всем предметам в комнате. Кроме того, для удобства ухода стоит обеспечить подход к кровати инвалида с обеих сторон.

4) Обеспечение надлежащего постельного режима

В зависимости от патологий, от которых страдает лицо с ОВЗ, необходимо подобрать оптимальный постельный режим для регулирования двигательной активности. В медицинской практике их выделяют 4:

1. Строгий. Предполагает полное ограничение подвижности лица с ОВЗ: он не может встать с кровати, сидеть. Разрешается только менять расположение тела в пределах постели, двигать головой, а также занимать положение полусидя.

2. Постельный. Человек может сидеть на кровати, пользоваться предметами в пределах доступности, заниматься легкими физическими упражнениями. Однако полностью стоять и передвигаться запрещено.

3. Полупостельный. Передвигаться по помещению, делать гимнастику разрешено, однако стоит ограничить время. При таком режиме запрещены самостоятельные прогулки на улице и длительная физическая активность.

4. Общий. Ограничений в двигательной и физической активности нет. Лицо с ОВЗ может передвигаться по помещению, самостоятельно гулять на свежем воздухе.

Также обязательно нужно следить за распорядком дня. Лица с ОВЗ должны ложиться спать ночью, чтобы дать возможность отдохнуть близким.

5) Организация досуговых мероприятий

Варианты досуга подбираются в зависимости от двигательной активности лица с ОВЗ. Если она не ограничена, то вариантов огромное количество. В любом случае можно включить человеку любимую музыку.

б) Контроль психологического состояния

Апатия, стресс и депрессия – частые спутники человека с ОВЗ. Очень важно постоянно контролировать его психологическое состояние. Лучше всего, если этим будет заниматься специалист. Если есть решение делать это самостоятельно, то интересоваться состоянием больного необходимо в мягкой форме.

При общении очень важно уметь подбирать правильные слова, чтобы психологически не травмировать лицо с ОВЗ. Ни в коем случае не стоит говорить подобных фраз «Я понимаю, что ты чувствуешь», «Все будет хорошо». Так родственники только усугубляют и без того критическое состояние. Ведь, по факту, они не могут понять, что в действительности чувствует больной.

1.2. Нормативная правовая база, регламентирующая реабилитацию и уход за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития

Право человека с ОВЗ на уход и реабилитацию закреплено Конвенцией ООН (ратифицирована РФ в 2012 году), Конституцией Российской Федерации, федеральным и региональным законодательством, а также распорядительными документами исполнительных органов государственной власти Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и иными приказами.

Предоставление инвалиду социальных услуг и проведение мероприятий по социальному сопровождению организуется в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Предоставление инвалиду услуг по реабилитации и абилитации осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Технологии выполнения определенных манипуляций, профилактика осложнений, принципы реабилитации и ухода за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития, регламентируются государственными стандартами РФ (ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода; ГОСТ Р 56819-2015 Надлежащая медицинская практика. Инфо-логическая модель. Профилактика пролежней и др.).

Нормативно-правовые акты, регламентирующие обеспечение инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации: приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от

13.02.2018 № 85н, Порядок обеспечения инвалидов ТСР и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утв. постановлением Правительства РФ от 07.04.2008 № 240), приказ Минтруда России от 23.07.2019 № 521н и др.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ НАВЫКАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ

2.1. Актуальность программы

Большая часть заболеваний сопровождается ограничением физической активности и поэтому пациенты часто нуждаются в постороннем уходе. Реабилитация и уход являются неотъемлемой частью лечебного процесса. Продолжением ухода в стационаре является уход на дому. Особенностью ухода на дому является то, что решающая роль здесь принадлежит родственникам. Из-за отсутствия у родственников необходимых знаний по осуществлению реабилитации и ухода в бытовых условиях допускаются нарушения в уходе, которые приводят не только к ухудшению морального состояния человека с ОВЗ, но и к образованию пролежней, тромбозов, контрактур суставов и к развитию осложнений (пневмония). Важнейшее условие социализации лица с ОВЗ – сознательное участие семьи в общественном процессе его реабилитации. Участие родственников в этом процессе пролонгирует позитивное воздействие на лицо с ОВЗ. Именно семья, родители обладают наиболее мощным реабилитационным потенциалом. Поэтому обучение родственников, осуществляющих уход на дому за людьми с ОВЗ, навыкам реабилитации и ухода требует особого внимания.

Сопровождение семьи – это длительный процесс, включающий работу специалистов со всеми членами семьи и с самим человеком с ОВЗ. Этот процесс направлен на создание в семье наиболее эффективных условий для всестороннего развития лица с ОВЗ.

Не всегда родственники владеют информацией и навыками по уходу, помощи лицам с ОВЗ, развитию детей, имеющих особенности развития. Забота о человеке с ОВЗ требует от родственников психолого-педагогической, медицинской и социально-правовой грамотности, если же речь идет о детях с особыми нуждами, то подготовка эта становится жизненно необходимой.

Целевая группа: родители, родственники, опекуны и лица, осуществляющие уход за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития.

Цель программы – достижение оптимального возможного уровня жизни и социальной адаптации лиц с ОВЗ в привычной для них домашней обстановке в окружении семьи.

Задачи программы:

- 1) освоение родственниками практических навыков реабилитации и ухода за лицами с ОВЗ в домашних условиях;
- 2) освоение родственниками техники проведения гигиенических процедур, приемов оказания помощи в бытовых вопросах;
- 3) обучение родственников и других лиц, осуществляющих уход в домашних условиях:
 - теоретическим основам ухода за лицами с ОВЗ;
 - навыкам медицинских манипуляций;
 - правилам питания и кормления;
 - способам оказания первой доврачебной помощи;
 - психологическим аспектам, связанным с вопросами организации ухода и разрешением семейных конфликтов, профилактики стрессовых состояний;
 - профилактике осложнений и т. д.
- 4) информирование, консультирование и сопровождение по вопросам социально-правового консультирования, психологической поддержки и использования технических средств реабилитации.

Методы работы при обучении родственников и других лиц, осуществляющих уход навыкам ухода за лицами с ОВЗ:

- организационные (планирование, информирование, координирование);
- исследовательские (анализ документации, беседа, анкетирование);
- практические (лекции, практические занятия (индивидуальные и групповые);
- аналитические (обобщение, анализ эффективности реализации программы, публикации и выступления по результатам проведённой работы);
- наглядные (демонстрация, наблюдение);
- словесные (объяснение, диалог, рассказ);
- консультирование.

2.2. Особенности организации процесса обучения. Школа ухода

Для реализации процесса обучения семей, имеющих в своем составе лиц с ОВЗ, целесообразно рассматривать в качестве основной формы организации обучения Школу ухода, работающей по принципу межведомственного взаимодействия.

Школы ухода для семей с лицами с ОВЗ создаются на базе комплексных центров социального обслуживания населения, а также в поликлиниках. Школа ухода – это инновационная технология, предусматривающая обучение родственников, специалистов и других лиц, осуществляющих уход за

маломобильными гражданами на дому, принципами общего ухода, использованию технических средств реабилитации.

Основными **задачами** Школы ухода являются:

обучение граждан навыкам ухода;

обучение граждан правильному использованию ТСР;

обучение маломобильных граждан навыкам самообслуживания;

информирование и консультирование граждан по вопросам социального обслуживания населения;

повышение профессионального уровня специалистов.

Услуги Школы ухода предоставляются:

родственникам, осуществляющим уход за маломобильными гражданами, утратившими способность к самообслуживанию;

гражданам пожилого возраста и инвалидам, не утратившим способность к самообслуживанию;

специалистам комплексных центров.

Весь процесс обучения делится на 4 этапа.

1 этап. Организационный

Формирование банка данных семей, осуществляющих уход за лицами с ОВЗ и желающих пройти обучение по программе Школы ухода.

Составление индивидуальных графиков обучения.

2 этап. Информационный

На данном этапе ведется подготовка и изготовление информационно-справочного материала по организации ухода за лицами с ОВЗ.

3 этап. Обучающий.

Проведение обучающих мероприятий согласно учебно-тематическому плану.

4 этап. Аналитический:

Анкетирование родственников лиц с ОВЗ, прошедших обучение, для выявления уровня удовлетворенности организацией обучающего процесса в Школе ухода.

Определение результативности обучения.

2.3. Формы взаимодействия специалистов с родственниками лиц с ограниченными возможностями здоровья

В Школе ухода работа с родственниками и родителями по вопросу обучения навыкам ухода и реабилитации в домашних условиях реализуется через разнообразные формы.

Существуют традиционные и нетрадиционные формы взаимодействия специалистов с родственниками.

Традиционные формы подразделяются на:

1) **коллективные** (собрания, семинары, лекции, практические занятия, круглые столы, вечера вопросов и ответов и т. д.);

2) **индивидуальные** (индивидуальная консультация или беседа, участие родителей в подготовке и проведении воспитательно-образовательного процесса);

3) **наглядно-информационные** (памятки, буклеты, доступ к информационным материалам на сайтах учреждений).

Также возможно использование нетрадиционных форм (см. табл. 1).

Таблица 1

Нетрадиционные формы взаимодействия специалистов с родственниками и родителями лиц с ограниченными возможностями

№ п/п	Форма	Содержание	Результат
1.	Информационно-аналитическая	Сбор, обработка и использование данных о семье. Это позволяет судить об общекультурном уровне родителей и родственников, наличии у них необходимых знаний, отношении в семье к ребенку, запросах, интересах, потребностях родителей в психолого-педагогической информации	Только на аналитической основе возможно осуществление индивидуального, лично ориентированного подхода к ребенку в условиях дошкольного учреждения, повышение эффективности воспитательно-образовательной работы с детьми и построение грамотного общения с родителями
2.	Тренинги	Тренинговые занятия детей и их родителей позволяют по-новому строить взаимоотношения, изменяют я-позицию детей и взрослых; способствуют пониманию интересов и потребностей детей и требований родителей, изменяют значимость авторитета обоих родителей и каждого из них в отдельности	Возможность родственников, родителей и детей прожить несколько часов совместного общения
3.	Досуговая	Проведение в группах праздников и досугов,	Использование досуговых форм способствует тому, что,

		выставки совместных работ детей и родителей, помощь в создании мини-музеев и другое. Такие мероприятия помогают создать эмоциональный комфорт в группе, сблизить участников педагогического процесса	благодаря установлению позитивной эмоциональной атмосферы, родители становятся более активными в общении. В дальнейшем специалистам проще налаживать с ними контакты, предоставлять педагогическую информацию
4.	Познавательная	Ознакомление родителей и родственников с особенностями возрастного и психологического развития лиц с ОВЗ, рациональными методами и приемами воспитания, для формирования у родителей практических навыков (книги, фильмы)	Повышается уровень воспитательно-образовательной деятельности родителей, что способствует развитию их творческой инициативы. Родители становятся активными участниками всех дел в группе, неперенными помощниками, учатся взаимодействовать друг с другом
5.	Наглядно-информационная	Решение задач ознакомления родителей и родственников с условиями, содержанием и методами воспитания лиц с ОВЗ; пересмотр методов и приемов домашнего воспитания. Специфика наглядно-информационных форм заключается в том, что общение специалистов с родителями здесь не прямое, а опосредованное – через информационные листы, буклеты, организацию выставок и т. п.	Наглядно-информационное направление дает возможность донести до родителей любую информацию в доступной форме, напомнить тактично о родительских обязанностях и ответственности
6.	Дистанционное обучение	Целенаправленное и методически организованное руководство коррекционно-развивающей деятельности в работе с семьей. Осуществляется с помощью основных форм: чат-занятия; Веб-занятия – дистанционные уроки, конференции, семинары; кейсовая технология –	Обучение в индивидуальном темпе, в свободное время

		технология, основанная на комплектовании наборов (кейсов) учебно-методических материалов на бумажных, электронных и прочих носителях и рассылке их обучающимся для самостоятельного изучения – (флеш-карты, диски)	
--	--	--	--

Занятия Школы ухода могут включать темы о процедурах общего ухода, профилактики осложнений, методах самообслуживания и самоконтроля, дезинфекции, гигиенического ухода на дому, правилах питания и кормления, методах использования технических средств реабилитации и др.

2.4. Учебно-тематический план

Программа занятий Школы ухода включает: лекции, семинары, экскурсии, практикумы и другие формы обучения (согласно учебно-тематическому плану см. табл. 2).

Таблица 2

Учебно-тематический план занятий «Школы ухода»

№ занятия	Темы занятий	Ответственные лица	Сроки исполнения
1.	Обучение родственников навыкам ухода за лицами с ОВЗ, пользования средствами ухода и техническими средствами реабилитации	Врач-педиатр, врач-терапевт, медицинская сестра	По индивидуальному графику
2.	Рекомендации по кормлению лиц с ОВЗ	Врач-педиатр, врач-терапевт	По индивидуальному графику
3.	Обучение родственников по оказанию помощи в осуществлении личной гигиены (в т. ч. уход за кожей, волосами, ногтями, ушами)	Врач-педиатр, врач-терапевт, медицинская сестра	По индивидуальному графику
4.	Обучение родственников и приемам массажа, лечебной физкультуры на дому	Зав. отделением восстановительного лечения, инструктор-методист по адаптивной физической культуре	По индивидуальному графику
5.	Обучение родственников способам транспортировки и перекладывания лежачих лиц с ОВЗ	Врач-педиатр, врач-терапевт, медицинская сестра	По индивидуальному графику

2.5. Кадровые ресурсы

К работе Школы ухода привлекаются специалисты, волонтеры. При организации занятий Школы ухода осуществляется межведомственное взаимодействие с учреждениями здравоохранения и другими организациями.

Состав специалистов, осуществляющих деятельность Школы ухода:

1) Врач-педиатр, врач-терапевт. Изучает анамнез, разрабатывает индивидуальные рекомендации в зависимости от показаний и противопоказаний. Дает рекомендации о том, как, в зависимости от особенностей заболеваний, его родственникам организовать процесс реабилитации и домашнего ухода, чтобы уменьшить негативные последствия заболевания и приблизить жизнедеятельность лица с ОВЗ к комфортной.

2) Инструктор-методист по адаптивной физической культуре. Обучает реабилитации методами физической культуры: активной и пассивной АФК, тем комплексам упражнений, выполнение которых будет способствовать полному или частичному преодолению нарушений, вызванных заболеваниями, и увеличению двигательной активности.

3) Психолог. Оказывает психологическую помощь лицу с ОВЗ и его родственникам: проводит индивидуальное консультирование, направленное на повышение коммуникативного потенциала, преодоление трудностей, связанных с адаптацией к статусу, отсутствием или неустойчивостью мотивации к участию в реабилитационном процессе, сложностями межличностного общения внутри семьи и с ближайшим окружением, обучает навыкам преодоления стресса и снятия психоэмоционального напряжения; проводит психологическую диагностику.

4) Социальный педагог. Оказывает социально-педагогическую помощь (преимущественно, для инвалидов с детства с нарушениями умственного развития): проводятся мероприятия, направленные на профилактику отклонений в поведении, формирование позитивных интересов, организацию досуга.

5) Специалист по реабилитации инвалидов. Обучает лицо с ОВЗ и его родственников применению технических средств реабилитации в домашних условиях, разъясняет как можно использовать специальные средства для ухода за лицами ОВЗ или для его самообслуживания в домашних условиях.

6) Медицинская сестра. Обучение родственников навыкам ухода за лицами с ОВЗ, пользования средствами ухода, способам транспортировки и переключивания лежачих лиц.

2.6. Ожидаемые результаты

Ожидаемые результаты от реализации программы:

освоение практических навыков ухода (принципов общего ухода) за людьми с ограниченными возможностями к самообслуживанию и передвижению, техники проведения гигиенических процедур и медицинских манипуляций, приемов оказания помощи в бытовых вопросах (кормление, одевание и др.);

обеспечение квалифицированного социально-адаптационного ухода в условиях пребывания в привычной для лиц с ОВЗ домашней обстановке;

повышение качества жизни лиц с ОВЗ;

создание благоприятной психоэмоциональной атмосферы в семье, обеспечение достойного, уважительного отношения к лицам с ОВЗ;

уменьшение потребности в услугах профилактических и реабилитационных учреждениях стационарного типа.

распространение информации о создании Школ ухода посредством СМИ, сети Интернет (сайты, социальные сети: ВКонтакте, Одноклассники, Инстаграм), размещения информации на стендах учреждений социального обслуживания и т. д.

ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ НАВЫКАМ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЗА ИНВАЛИДАМИ И ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ

3.1. Обустройство жилья инвалидов и детей, имеющих особенности развития

Уход, осуществляемый родственниками и родителями за тяжелобольными инвалидами, в том числе за детьми с особенностями развития, в домашних условиях, требует особой организации быта, внимания к потребностям лица с ОВЗ, наличия специальных приспособлений в комнате. Обеспечение комфортных условий для лиц с ОВЗ предполагаются следующие мероприятия: организация обустройства жилья, организация комфортной атмосферы окружающей среды, где пребывает лицо с ОВЗ.

3.1.1. Оснащение комнаты

Комната должна быть достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом лицо с ОВЗ не должно чувствовать себя полностью изолированным от внешнего мира. Мебель и другие предметы домашнего обихода не должны усложнять уборку в комнате. Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно было бы использовать в качестве опоры (рис. 1).

Коврик перед кроватью не должен скользить. Освещение в комнате не должно быть ярким или наоборот темным. Комнату следует хорошо проветривать, не менее двух раз в день. Температура воздуха должна быть оптимальной – $21^{\circ}\text{C}\pm 2^{\circ}\text{C}$.



Рис.1. Функциональная кровать и прикроватная тумбочка

Кровать, по возможности, поставьте так, чтобы к ней был открыт доступ со всех сторон. Это поможет вам переворачивать больного, мыть его, менять

постельное белье. Если больной прикован к кровати или проводит в ней большую часть своего времени, необходимо весьма тщательно подойти к выбору кровати. Если нет возможности использовать функциональную кровать, то обратите внимание на высоту – она должна быть не ниже 60 см. Достичь необходимой высоты можно с помощью матрасов, уложенных друг на друга.

Преимущества функциональной кровати:

регулировка высоты кровати;

не нужно наклоняться к инвалиду;

можно поднимать головную или ножную часть кровати;

боковые защитные решетки не дают больному упасть.

Желательно поставить кровать головной частью к стене, чтобы можно было подойти к инвалиду со всех сторон. Это вызвано необходимостью удобства ухода за подопечным при смене белья, в проведении лечебных и гигиенических мероприятий, когда ухаживающим лицам приходится поворачивать тяжелобольного поочередно то на левый, то на правый бок, выполнять массаж, протирания, обмывания или другие процедуры.

Не рекомендуется ставить кровать около отопительных приборов, печки или около окна. Опыт показывает, что лучше всего кровать ставить так, чтобы изголовье было у стены, а свет падал сбоку.

Рядом с кроватью необходимо поставить небольшой столик или прикроватную тумбочку, шкаф с вещами больного. На тумбочке всегда должна стоять питьевая вода, настольная лампа, пульт управления телевизором (если он смотрит телевизор), книги, игрушки.

В выдвижной ящик тумбочки положите термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию, перевязочные средства (если необходимо). В нижнем отделении тумбочки разместите одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, прокладки, штанишки для их фиксации, полиэтиленовые пакеты для сбора мусора. Если больной пользуется туалетом, то рядом с кроватью можно поставить переносной кресло-туалет/судно или горшок. В изголовье постели поместите бра, настольную лампу, торшер.

Во время ночного сна лица с ОВЗ на прикроватном столике должен включаться ночник. На прикроватном столике требуется держать колокольчик для оповещения и вызова ухаживающего, если колокольчика нет, можно поставить стакан с чайной ложкой. В этой связи целесообразно напомнить, что в очень важном и ответственном деле по уходу за лицом с ОВЗ в домашних условиях не может быть мелочей, поэтому с предельным вниманием следует

предусмотреть все, даже на первый взгляд маловажные детали в лечебных, предохранительных и гигиенических мероприятиях.

3.1.2. Постель и смена белья

Согласно эпидемиологическим рекомендациям, перестилать постель тяжелобольного инвалида следует не менее чем один раз в 2 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 ОВЗ случилась неконтролируемая дефекация, перестелить кровать следует немедленно.

Постель для инвалида регулярно – утром и на ночь, а также перед дневным послеобеденным отдыхом должна поправляться. Ухаживающий стряхивает и расправляет простыни и одеяла, взбивает подушки. Лицо с ОВЗ 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 лицо с ОВЗ 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 больного, другой скатывает валиком грязную простыню до поясницы больного. 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 поясницей. Затем один из ухаживающих слегка приподнимает голову и грудь больного, 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. 2).

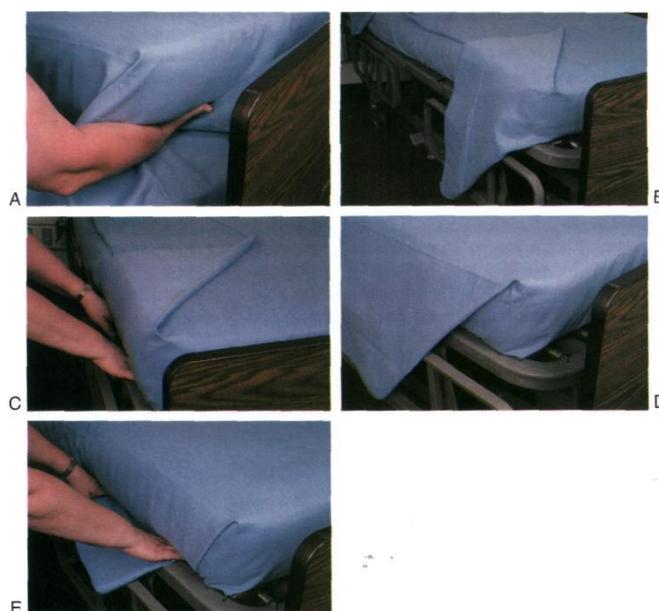


Рис.2. Заправление краев простыни

Подушки должны быть достаточных размеров и мягкими (пуховые, перовые). Одежда соответственно сезону байковые, шерстяные, пуховые также должны быть мягкими, но не вызывать перегревания тела больного. 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, 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. Можно привести еще много примеров тяжелых состояний больных, с которыми могут встретиться ухаживающие родственники.

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.

3.2. 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 лиц с ОВЗ способствует их быстрейшему выздоровлению и предупреждает развитие многих осложнений.

Соблюдение личной гигиены очень важно для предупреждения развития различных инфекций.

Для ухода за лицами с ОВЗ 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 ОВЗ. 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.

3.2.1. 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, прикованных к постели. Во-первых, они постоянно находятся в неестественном горизонтальном положении, ухудшающем кровообращение. Во-вторых, лежащие больные часто страдают недержанием мочи и кала, что способствует появлению раздражения и

пролежней. Поэтому гигиена лежачего больного 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.

3.2.2. Проведение гигиенической ванны

Гигиенические ванны проводятся строго после консультации с лечащим врачом (рис. 3).

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 ОВЗ 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 ОВЗ 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 лицо с ОВЗ 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 лицу с ОВЗ 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 лица с ОВЗ, при ухудшении его самочувствия прекратите прием ванны, окажите первую доврачебную помощь и немедленно сообщите врачу. Нельзя оставлять лицо с ОВЗ во время приема ванны без присмотра, обязательно нужно следить за его внешним видом и пульсом, неполная ванна – вода доходит до пупка.



Рис.3. Прием ванны

3.2.3. Проведение гигиенического душа

Гигиенический душ проводится строго после консультации с лечащим врачом (рис. 4).

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 ОВЗ раздеться 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 с душевой кабины, вытрите его в том же порядке.
7. Наденьте лицу с ОВЗ чистую одежду.
8. Тщательно промойте пол в душевой кабине щеткой и чистящим средством, обработайте дезинфицирующим раствором.
9. Продезинфицируйте использованные предметы ухода.



Рис.4. Прием душа

3.2.4. Мытье ног

Мытье ног осуществляется лицам с ОВЗ при тяжелом состоянии после консультации с лечащим врачом (рис. 5).

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 поясицы пациента валиком.
4. Постелите клеенку на сетку кровати, уложите лицо с ОВЗ ягодицами на валик, поставьте таз с теплой водой на нее.
5. Попросите лицо с ОВЗ согнуть ноги в коленях.
6. Откиньте одеяло, опустите ноги человека в таз с минимальной физической нагрузкой для него.
7. Вымойте в тазу ноги лица с ОВЗ 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 лицо с ОВЗ одеялом (при необходимости).

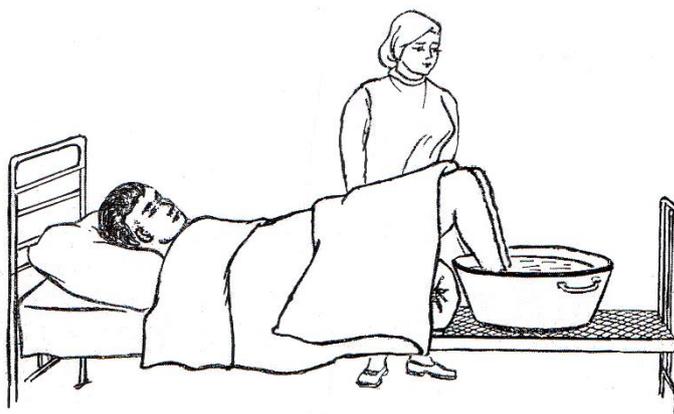


Рис. 5. Мытье ног в постели

3.2.5. Подмывание

Лица с ОВЗ, 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. Больных, 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 фурацилина 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.
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 промежность 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 мужчин

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.

Обснащение: 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. Подстелите клеенку, а сверху пеленку и поставьте судно под крестец.

4. Попросите мужчину согнуть ноги в коленях и слегка разведите их в стороны.

5. Встаньте справа от мужчины.

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 больного (при необходимости).

13. Вымойте и осушите руки.

14. Уберите ширму.

3.2.6. Уход за волосами, ногтями, ушами

Уход *за волосами* заключается в мытье головы, расчесывании волос, заплетении 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 ребенок или инвалид 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. 6). При закапывании капель в левое ухо голову больного 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.

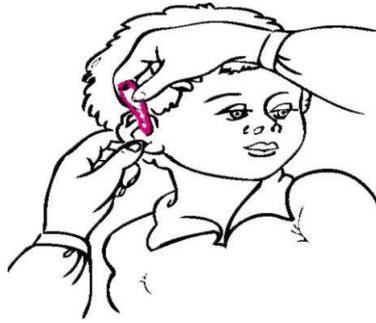


Рис. 6. Туалет наружного слухового прохода

3.3. Особенности ухода при физиологических отправлениях

3.3.1. Подача судна и мочеприемника

Тяжелобольные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать физиологические отправления лежа. В таких случаях лицам с ОВЗ 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 отправления обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

Подача судна

Судно подается для обеспечения физиологических отведений. Применяют для лиц с ОВЗ, 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 пояса одеяло, подложите под таз клеенку, сверху пеленку.
4. Помойте руки, наденьте перчатки.
5. Помогите лицу с ОВЗ 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 ОВЗ одеялом или простыней и оставьте его одного.

9. По окончании акта дефекации, слегка поверните человека набок, придерживая судно правой рукой, уберите его из-под лица с ОВЗ.

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 ОВЗ 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; оно может использоваться лицом с ОВЗ самостоятельно.

Подача мочеприемника

Мочеприемник ставится для обеспечения физиологических отправлений. Применяется для лиц с ОВЗ, 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 ОВЗ 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 деkontаминацию 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 ОВЗ 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.

3.3.2. Смена подгузников

Смена подгузника подразумевает снятие использованного и надевание нового. Для этой манипуляции необходимо подготовить защитную пеленку, предварительно положив её под спину лица с ОВЗ. 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 ОВЗ 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 лица с ОВЗ 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 больного, снизу-вверх. Далее 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. Подгузники для взрослых сохраняют кожные покровы, тем самым предотвращая развитие тяжелых воспалительных заболеваний.

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:

- 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 лиц с ОВЗ (рис. 7).

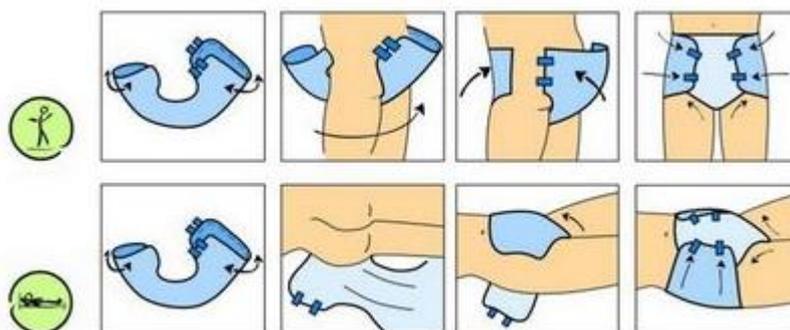


Рис. 7. Подгузник закрытого типа

Для лежачих и обычных больных подходит изделие полуоткрытого типа (рис. 8).



Рис. 8. Подгузник полуоткрытого типа

3.3.3. Уход за катетером

Когда у лица с ОВЗ стоит катетер (рис. 9), 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 лицо с ОВЗ. 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.

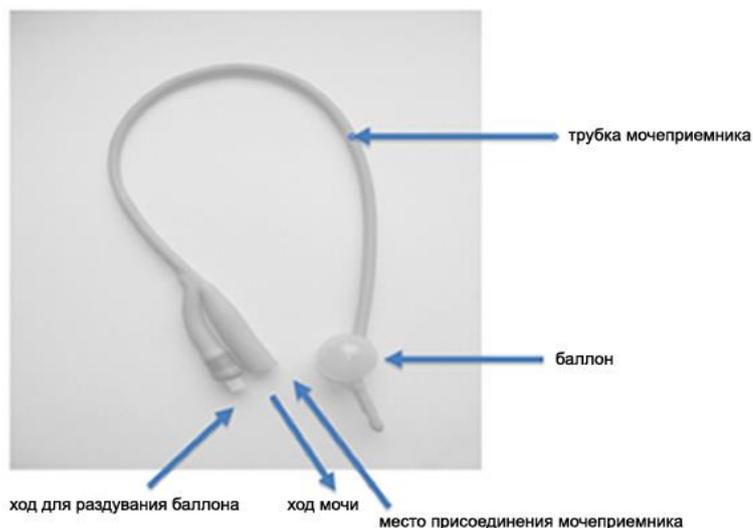


Рис. 9. Устройство мочевого катетера.

3.3.4. 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.

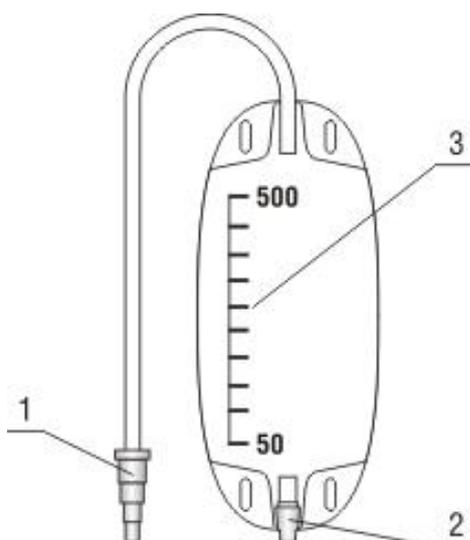


Рис. 10. Мешок дренажный система

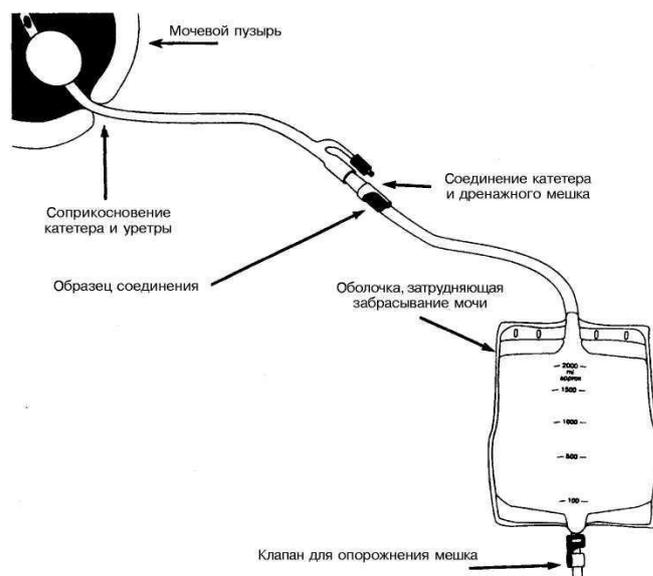


Рис. 11. Дренажная

3.4. Питание и кормление

Одна из важных составляющих правильного ухода за тяжелобольными людьми (инвалидами, детьми, имеющими особенности развития) – рациональное питание. Лица с ОВЗ 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 ОВЗ не может питаться самостоятельно. В таком случае следует помочь ему. Кормить лиц с ОВЗ необходимо строго в положении полусидя, ни в коем случае не лежачем. 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 лица с ОВЗ 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 его 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 для лежачих лиц с ОВЗ:

- 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.

Блюда должны включать в себя только то, что можно есть лежачему человеку. 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 лиц с ОВЗ 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.

3.4.1. Кормление инвалида или ребенка, имеющего особенности развития, при нарушенном глотании

Дисфагия – этот термин обозначает любое затруднение или дискомфорт в продвижении пищи изо рта в желудок, и является общим названием расстройств акта глотания.

Акт глотания – тонко и точно координированная головным мозгом последовательность произвольных и непроизвольных (рефлекторных) движений, обеспечивающих продвижение содержимого полости рта через глотку и пищевод в желудок.

Нарушение глотания (дисфагия) часто связано с тремя причинами: поражение нервной системы и мышцы (нейрогенные), истерические рвоты, снижение или избирательность аппетита (психогенные), тревожность (боязнь первой ложки, нарушение детско-родительских отношений).

Признаки, указывающие на нарушение глотания:

трудности в проглатывании жидкости;

слюнотечение или частое сплёвывание слюны;

прилипание пищи в горле или глотке;

удушье или кашель при приеме пищи и жидкости, проглатывании слюны;

ослабление (или отсутствие) произвольного или непроизвольного кашля;

влажный или булькающий голос;

дискомфорт в глотке и рецидивирующие бронхолегочные инфекции;

необходимость повторных глотков, чтобы освободить глотку;

потеря веса, изменения трофологического статуса.

В связи с тем, что имеются расстройства глотания, кормление осуществляется через назогастральный зонд и с помощью шприца Жане, рассчитанного на большой объем жидкости (рис. 12).

1. Для кормления используют жидкую, полужидкую или протертую пищу. Рацион составляется с учетом предписаний лечащего врача.

2. Для набирания пищи используют тарелку. Шприцом Жане насасывают необходимое количество пищи (как правило, за 1 кормление вводится 200–300 мл). Более физиологично кормление более частыми (до 6 раз в сутки), но мелкими по объему порциями.

3. Шприц Жане присоединяют к кончику зонда. Медленно осуществляют введение рассчитанного объема порции (как правило, 1–2 шприца), введение объема 1 шприца осуществляют в течение 5–10 минут.

4. Шприц отсоединяют, в него набирают 100–150 мл чистой кипяченной воды и зонд промывается жидкостью, после чего шприц повторно отсоединяется, и кончик зонда закрывают заглушкой.

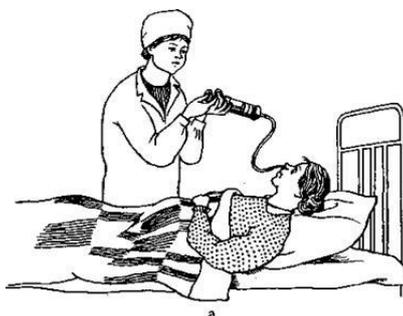


Рис. 12. Кормление через зонд с помощью шприца Жане

Если человек не нуждается в зондовом кормлении, но изредка может поперхнуться при глотании, необходимо использовать измельченную пищу (жидкие каши, пюре, кисели, суфле).

В пище должно содержаться много витаминов и минеральных веществ. Ограничивают употребление поваренной соли, сладкой и жирной пищи. Исключают из рациона крепкий кофе, крепкий чай, алкогольные напитки. Лежачим лицам с ОВЗ со склонностью к запорам полезны овощи, сухофрукты, кисломолочные продукты. Лица, ухаживающие за таким человеком, должны следить за тем, чтобы у него ежедневно был стул, при необходимости давать слабительные средства.

Поза, обеспечивающая наиболее эффективное и безопасное глотание для лица с ОВЗ:

кормление проводят только в положении сидя (с опорой под спину) (рис. 13);

наклон головы вперед;

поворот в здоровую сторону в момент проглатывания.

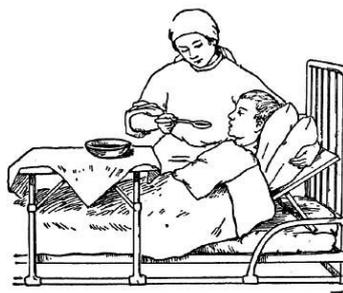


Рис. 13. Кормление измельченной пищей

Принципы пищевого рациона:

пища должна выглядеть аппетитной;

пища должна быть достаточно теплой, так как людям с нарушением глотания требуется длительное время для ее приема. Если человек не чувствует теплую пищу во рту, кормить нужно едой комнатной температуры;

предлагайте твердую и жидкую пищу в разное время. В этом случае жидкость не будет проталкивать твердую пищу вниз по глотке, и лицо с ОВЗ не будет глотать плохо прожеванную пищу или поперхиваться жидкостью;

полужидкая пища переносится лучше всего: запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши;

необходим подбор консистенции пищи (мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре) и жидкости (консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа, воды). Следует помнить, что чем более жидкие пища и питье, тем труднее сделать безопасный глоток;

исключить из рациона продукты, которые при вдохе могут попасть в дыхательные пути: жидкость обычной консистенции (вода, соки, чай), хлеб, печенье, орехи и прочее;

при кормлении пищу закладывают небольшими порциями;

контроль над необходимостью использования зубных протезов;

тщательная ревизия полости рта после окончания кормления;

после кормления лицо с ОВЗ остается в вертикальном положении в течение 45–60 мин.

Нужно помнить, что одновременно можно давать только небольшое количество пищи, не давать питье вместе с пищей. Напитки должны даваться до или после нее, нельзя кормить лежащего человека, нельзя запрокидывать голову больного во время кормления. Зубы и протезы (при наличии) необходимо чистить как минимум два раза в день находящемуся в полном сознании, а на ночь вынимать их и тщательно мыть.

3.4.2. Кормление инвалида или ребенка, имеющего особенности развития, при различных видах ограничения двигательных функций

3.4.2.1. Кормление лежачего лица с ОВЗ

Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специально предназначенный для этих целей халат или фартук. Комната, в которой находится человек, должна быть подготовлена для приема пищи. Убирают все, что способно подавлять аппетит: банки с мокротой, судна, мочеприемники, лекарства с резким и неприятным запахом.

Температура первых блюд не должна превышать 60–65 °С, вторых блюд – 55–60 °С, а температура холодных закусок должна составлять 7–14 °С. Желательно, чтобы блюда в пределах диетических возможностей были украшены зеленью, овощами, разрешенными приправами, которые способствуют повышению аппетита. Следует помочь лицу с ОВЗ принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Человеку накрывают грудь нагрудником, если подопечный пользуется зубными протезами – одевают их. Перед началом приема пищи подопечному предлагают попить – это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить подопечного, одной рукой поддерживают голову пациента, а другой – держат кружку, из которой он пьет. Если подопечного поят из поильника, воду выливают под язык или за щеку, но не на язык, так как это увеличивает риск аспирации. При подаче пищи ложкой она должна быть наполнена не более чем на 2/3. Еду в рот подают сбоку с неповрежденной стороны. Сначала касаются ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так человек поймет, что ложка с пищей находится у него во рту, и прикроет рот. Далее аккуратно вынимают ложку изо рта, скользя ей по верхней губе. После этого делают паузу, чтобы человек мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот салфеткой. После кормления подопечному помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.

3.4.2.2. Кормление частично мобильного лица с ОВЗ

Если человек может сидеть в постели или за столом и есть сам, перед едой его необходимо посадить в кровати или за стол и убедиться в том, что он находится в правильном положении для приема пищи. Перед едой лицу с ОВЗ обязательно моют руки, умывают и причесывают его, поправляют одежду, а грудь прикрывают фартучком. Проверяют температуру пищи. Еду можно

подать на подносе, выбрав нужную посуду. Если пищу подают в тарелке, следят за тем, чтобы еда не лежала на тарелке горкой (желательно измельчить пищу, например, нарезать овощи, мясо и рыбу разломить на кусочки). Человек может есть с подноса, если ему удобно. Еду можно поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой, либо усадить лицо с ОВЗ за стол. Для того чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, следует использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды.

Необходимо заранее выяснить, из чего подопечному удобнее пить. Важно, чтобы пища выглядела привлекательно и возбуждала аппетит. Лицо с ОВЗ не следует оставлять одного во время приема пищи.

3.5. Транспортировка и перемещение инвалидов и детей, имеющих особенности развития

3.5.1. 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 ребенка (инвалида):

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 лица с ОВЗ, 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.

3.5.2. Переворачивание в кровати

Начиная перемещение лица с ОВЗ, 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 лица с ОВЗ;

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. 14). 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 лежачего 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 человек 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 лица с ОВЗ 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.14. Поворачивание лица с ОВЗ

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

Важно понимать, что вследствие общего ослабления организма на фоне заболевания, кости лица с ОВЗ 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 ОВЗ одним человеком

Подъем при помощи раскачивания применяется для того, чтобы помочь лицу с ОВЗ 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 лицо с ОВЗ. 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 лицо с ОВЗ 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 лица с ОВЗ 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 ОВЗ.

Чтобы переместить лицо с ОВЗ 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.

3.6. Оказание первой помощи при различных состояниях ***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 пострадавший пришел в себя, переместите его в удобное для него положение. Рекомендуйте обратиться к врачу. Разговаривайте с пострадавшим до адекватного реагирования.

При невозможности положить пострадавшего в горизонтальное положение усадите и, придерживая, наклоните так, чтобы голова пострадавшего 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. Пострадавший 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). Пострадавшему 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 пострадавшему психологическую поддержку;

7) если больного 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 пострадавшему 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 пострадавшего 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 пострадавшего 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 припадка. 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 пострадавшего 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 пострадавшему 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).

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.

Так же 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 пострадавшего, не фиксируйте конечности пострадавшего (для предотвращения травмы). После припадка пострадавший испытывает сонливость и плохо разбирается в окружающей ситуации. Оставайтесь с пострадавшим 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;

приступ произошел у беременной женщины.

3.7. Использование технических средств реабилитации для лиц с ограниченными возможностями здоровья

К техническим средствам реабилитации (ТСР) лиц с ОВЗ относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

ТСР лиц с ОВЗ являются:

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

2) специальные средства для ухода (противопролежневые матрасы и подушки; медицинские термометры и тонометры с речевым выходом;

специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники); абсорбирующее белье, подгузники);

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

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

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

б) специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь;

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

Решение об обеспечении лиц с ОВЗ в ТСР принимается при медицинских показаниях и противопоказаниях, которые устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления лицу с ОВЗ ТСР, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности лица с ОВЗ.

Лицам с ОВЗ, как особой социальной категории граждан, государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых лицам с ОВЗ за счёт средств федерального бюджета.

Обеспечение лиц с ОВЗ ТСР осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР).

ТСР, предоставленное лицу с ОВЗ, передается ему бесплатно в безвозмездное пользование и не подлежит отчуждению в пользу третьих лиц, в том числе продаже или дарению.

Назначение инвалидам определенных видов ТСР, наряду с реабилитационными мероприятиями и услугами, предусмотренными Федеральным перечнем, осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ) в индивидуальных

программах реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида (ИПРА).

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

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

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

Организационно-финансовая модель обеспечения лиц с ОВЗ ТСР работает в Российской Федерации в представленном виде (с теми или иными изменениями) с 2004 года по настоящее время (рис.15).



Рис. 15. Организационно-структурная схема обеспечения лиц с ОВЗ ТСР

Сроки пользования ТСП до их замены установлены приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.02.2018 № 85н.

Срок пользования ТСП исчисляется с даты предоставления его инвалиду (ветерану). В случае самостоятельного приобретения ТСП срок пользования исчисляется с даты его приобретения согласно документам, подтверждающим расходы. (п.9 Порядка обеспечения инвалидов ТСП и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утв. Постановлением Правительства РФ от 07.04.2008 № 240).

Замена ТСП осуществляется:

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

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

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

Выданные ТСП сдаче не подлежат.

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

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

3.8. Психологические аспекты, связанные с вопросами организации реабилитации и ухода в домашних условиях за инвалидами и детьми, имеющими особенности развития

В процессе жизни каждый гражданин находится в опасности перед наступлением обстоятельств, которые могут самым непосредственным

образом отразиться на состоянии его здоровья и трудоспособности. Во многих случаях человек не может преодолеть указанные обстоятельства самостоятельно, поскольку они в значительной степени предопределяются объективными социально-экономическими условиями жизни, тесно связаны с производственной деятельностью, практически не зависят от его воли. Они оказывают прямое воздействие на нормальное функционирование общества в целом, поэтому государство в определенной степени принимает на себя ответственность за их наступление, предоставляет государственные пенсии, пособия и другие выплаты нетрудоспособным гражданам, оказывает им медицинскую и иную помощь.

Решая основные социальные проблемы инвалидов (повышение социального статуса, улучшение материального положения, профессиональная востребованность), специалистам по социальной работе и родственникам необходимо учитывать личностные психологические проблемы людей с ограничениями.

В любой семье, имеющей на своем попечении лицо с ОВЗ, существуют как общие, так и частные социально-психологические проблемы, которые зависят, с одной стороны, от уровня адаптированности здоровых членов семьи как к ситуации появления лица с ОВЗ, так и к самому лицу с ОВЗ, а с другой стороны, от отношения самого лица с ОВЗ к семье и своему положению.

Семье, в которой появляется инвалид трудоспособного возраста, свойственно изменение социальных ролей и обязанностей, появление у человека с ограничениями чувства вины, ненужности, обузы, а у членов семьи скрытой или явной агрессии, раздражения, брезгливости, недовольства. Неблагоприятный климат и конфликтные ситуации способствуют распаду семьи.

Существует четыре основных типа приспособления человека с ОЖД к ситуации инвалидности:

1) активно-позитивная позиция, для которой характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождающееся благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокой самооценкой, удовлетворенностью жизнью и т. д.);

2) пассивно-негативная позиция, в которой неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его) сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревожностью, ожиданием

катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями;

3) пассивно-позитивная позиция, которая при объективно неудовлетворенном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к относительной удовлетворенности существующей ситуацией и, как следствие, отсутствию желания активно менять ее в лучшую сторону;

4) активно-негативная позиция, которая при психологическом дискомфорте и неудовлетворенности жизнью не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу ряда субъективных и объективных обстоятельств.

Заболевание члена семьи с достаточно стабильной картиной течения (например, травма спинного мозга) требуют от семьи серьезной реорганизации всей семейной системы в самом начале возникновения болезни, а затем упорства и выносливости в течение длительного времени.

По оценке многих исследователей, наиболее тяжелые испытания выпадают на долю семей, где живет человек с ментальными нарушениями, психическим заболеванием. В этом случае речь идет о серьезных нарушениях автономности, зависимости от окружающих, что предполагает постоянную заботу со стороны родственников, а также определяет ограничения для организации свободной самостоятельной жизни для всех членов семьи. Если психическое заболевание является серьезным, оно может создать дополнительный вид нарушения функционирования семьи, потому что человек лишь физически присутствует в семье, а психологически - отсутствует.

Помимо характера и вида заболевания на семью оказывает влияние и степень ОЖД члена семьи, его возможности (или невозможности) реализовывать функции повседневной жизни (ходить, есть, осуществлять гигиенические процедуры и т. д.). Чем больше функциональных ограничений у человека, тем в большей поддержке он нуждается и тем больше ему необходима помощь окружающих. Постоянное предоставление такой помощи может стать тяжелым испытанием для членов семьи и привести к ухудшению самочувствия тех, кто осуществляет постоянный уход и заботу. Родители, особенно матери, испытывают более высокий уровень депрессии, жалуются на появление соматических проблем, когда их дети с ОВЗ имеют низкий функциональный статус и ограничены в самообслуживании.

Возраст человека, в котором он тяжело заболевает или приобретает инвалидность, также имеет различное воздействие на семью. Если

заболевание возникает уже в поздней зрелости, в некотором смысле это более ожидаемо и психологически менее разрушительно для семьи. Инвалидность в молодом возрасте воспринимается всеми членами семьи более травматично.

Возраст родителей, когда диагноз инвалидности поставлен ребенку, также является важным фактором в формировании реакции на это событие. Например, юные родители подвергаются большему риску дезадаптации, потому что их собственные потребности в самореализации еще не актуализированы, у них меньше внутренних ресурсов, определяемых обычно уровнем психологической зрелости, чтобы обеспечить особые потребности своего малыша. Для пожилых родителей существует другая проблема: недостаток сил для постоянного ухода за ребенком, переживания по поводу того, кто будет заботиться о нем, когда их не станет.

Болезнь и недееспособность одного из членов семьи постоянно взаимодействует с характеристиками этой семьи. Болезнь может проявляться в разных состояниях:

начало (внезапное, постепенное);

ход (стабильный, прогрессирующее ухудшение, непредсказуемый рецидив);

степень потери трудоспособности (от нулевой до глубокой);

исход (повлияет ли на продолжительность жизни или нет).

Различные болезни представляют собой различные комбинации этих состояний и, следовательно, предъявляют различные требования к семье. Данные требования взаимосвязаны со свойствами семьи: жизненным циклом и семейными ролями; ресурсами лидерства и степенью изоляции; картиной болезни у всех членов семьи (миф о болезни). Психотерапевт может помочь семье пересмотреть свои взгляды и возможности для того, чтобы победить болезнь или смягчить ее последствия.

При консультировании семьи, где есть человек с заболеванием или инвалидностью, стоит также помнить о возрастных аспектах появления проблемы (см. табл. 3).

**Переживания и психологические проблемы,
возникающие в результате наступления инвалидности (тяжелого
заболевания) в зависимости от возраста**

Возрастной период наступления инвалидности (тяжелого заболевания)	Переживания и психологические проблемы, появляющиеся у членов семьи
Детский возраст	Переживание утраты; переживания всех членов семьи по поводу беспомощности ребенка; гиперопека или отвержение; социальная изоляция всей семьи; стигматизация ребенка со стороны близких людей
Период юности	Переживание утраты; крушение личных, семейных и профессиональных планов; ограничения в реализации некоторых социальных ролей (родительских, партнерских, профессиональных); ощущение своей ненужности, обременительности для других; чувство вины и т. д.
Зрелый возраст	Переживание утраты и ущерба для семейных ролей и карьеры; ограничения в финансовой состоятельности семьи из-за наступившей нетрудоспособности; серьезные изменения образа жизни всей семьи; нарушение семейной иерархии, спутанность семейных ролей (дети заботятся о родителях, опекают их)
Пожилой возраст	Переживание депрессии всеми членами семьи; пожилые супруги уже могут не иметь физических возможностей заботиться о своих партнерах; взрослым детям необходимо полностью перестраивать свою жизнь для поддержания болеющего родителя; многие обязанности могут стать источниками напряженности, конфликтов и недовольства среди членов расширенной семьи

Хотя многие семьи испытывают трудности из-за болезни члена семьи, некоторые из них демонстрируют поразительную устойчивость и необязательно погружены только в негативные переживания. Такие семьи часто отмечают положительное влияние рождения ребенка с ОВЗ на развитие всей семейной системы. Матери и отцы сообщают, что воспитание особого ребенка дало их семье следующие позитивные моменты:

- 1) укрепило супружеский союз и усилило взаимоподдержку;
- 2) увеличило уровень родительской включенности в процесс развития ребенка;

- 3) позволило расширить социальную сеть, вовлеченную в развитие ребенка;
- 4) дало толчок к духовному обогащению, изменению системы ценностей;
- 5) сплотило всю семью, сблизило ее членов;
- 6) позволило стать толерантными;
- 7) способствовало личностному росту;
- 8) положительно повлияло на близкий круг людей, с которыми общалась семья;
- 9) дало возможность встретиться с замечательными специалистами.

Специалист должен уметь раскрывать сильные стороны семьи, ее потенциал, уважать семейные ценности и убеждения, помогать членам семьи приобретать знания и навыки, повышающие компетентность в правильном уходе за своим родственником, страдающим тяжелым заболеванием.

Еще одной эффективной формой психологической помощи семье, в которой есть человек с нарушением здоровья, является группа психологической поддержки, которая, объединяя членов семей с похожими проблемами, способствует снятию ложной «уникальности», устраняет чувство одиночества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. Официальный сайт ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет».
5. 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».
6. 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».
7. 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».
8. 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».

9. 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. Ключковой, 2003.

10. Статья Кирилловой Е.В., кандидата педагогических наук, доцента кафедры современных технологий реабилитации МГОУ.

11. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии. – М.: Парадигма, 2015.

12. 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).