

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСУРСНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ»
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»



ШКОЛА ПАТРОНАЖНОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РОДСТВЕННИКОВ

УДК 613.94

Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях : методические рекомендации для специалистов службы социального обслуживания и родственников. – Красноярск, 2018. – 53 с.

Составители:

Чеха В.А., заведующий отделением развития социальных технологий КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»;

Кононова Л.И., к.м.н., доцент, врач-методист КГБУЗ «Красноярский краевой центр медицинской профилактики»;

Кутумова О.Ю., к.м.н., доцент, главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой центр медицинской профилактики»;

Аксарина О.И., методист отделения развития социальных технологий КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения».

Рецензенты:

Климацкая Л.Г., д.м.н., профессор кафедры социальной педагогики и социальной работы ФГБОУВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева».

Методические рекомендации адресованы специалистам учреждений системы социального обслуживания и лицам, осуществляющим уход за гражданами с функциональными нарушениями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях. Представленный в виде отдельных тематических модулей практико-ориентированный материал призван сформировать у слушателей школы ухода базовый уровень знаний и навыков ухода за маломобильными гражданами в домашних условиях.

Оглавление

<i>Введение</i>	3
<i>Модуль 1. Принципы организации и осуществления общего ухода.</i> <i>Обустройство быта, перемещение и транспортировка</i> <i>пациентов</i>	4
<i>Приложение к модулю 1</i>	12
<i>Модуль 2. Личная гигиена, методы дезинфекции; уход за глазами, ушами,</i> <i>полостью рта. Профилактика пролежней</i>	13
<i>Приложение к модулю 2</i>	19
<i>Модуль 3. Питание и лечебная физкультура для пожилых и других</i> <i>маломобильных пациентов</i>	24
<i>Приложению к модулю 3</i>	30
<i>Модуль 4. Методы контроля за состоянием здоровья маломобильных</i> <i>граждан. Простые медицинские манипуляции</i>	32
<i>Приложение к модулю 4</i>	37
<i>Модуль 5. Психологическая помощь и коммуникация с пациентом.</i> <i>Профилактика старческой деменции</i>	39
<i>Приложение к модулю 5</i>	43
<i>Список литературы</i>	46
<i>Приложений 1</i>	48
<i>Приложений 2</i>	51

Введение

В Российской Федерации средняя продолжительность жизни в настоящее время составляет 72,5 года, 25% граждан страны – пенсионеры. По прогнозу Федеральной службы государственной статистики, доля граждан старше трудоспособного возраста в России увеличится к 2025 году до 27% и составит около 40 млн человек. Такие показатели свидетельствуют о демографическом старении населения, большей части которого в скором времени понадобится долговременный уход. Не стал на этом фоне исключением и Красноярский край, где по состоянию на 1 января 2018 года проживает 848,1 тыс. пенсионеров. Это почти треть от всего населения края (2,87 млн человек)¹, многие из которых имеют инвалидность и, как следствие, нуждаются в постороннем длительном уходе. Срок такого вида помощи может составлять от нескольких недель или лет до момента ухода из жизни подопечного человека.

К настоящему времени государственная система ухода за гражданами с ограниченными возможностями здоровья и дефицитом самообслуживания находится в стадии становления. При этом сам уход требует специальных знаний и навыков, которые сложно освоить самостоятельно.

С этой целью в учреждениях социального обслуживания организуются школы по уходу для социальных работников и родственников граждан, нуждающихся в постороннем уходе, для обучения специальным знаниям и навыкам ухода. Длительность обучения может варьировать от 4 до 16 часов в зависимости от уровня подготовки (базовый или продвинутый). Знания помогают не только лучше ухаживать за человеком, что способствует реабилитации и/или улучшению качества его жизни, но и экономят силы и сохраняют здоровье тем, кто ухаживает.

Обучение в школах по уходу для социальных работников, медицинских сестер, родственников, добровольцев и других лиц, осуществляющих уход, проводится по модульной программе. Каждый модуль рассчитан на 60 минут и включает информационную часть (30 минут) и практическую – освоение практических навыков (30 минут). При этом обучающиеся могут самостоятельно выбирать отдельные обучающие модули в зависимости от индивидуальных запросов и потребностей.

В настоящих методических рекомендациях представлены четыре основных модуля, содержание которых определяет базовый уровень подготовки лиц, осуществляющих уход за лежачими пациентами на дому или в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Содержание модулей:

первый: принципы организации и осуществления общего ухода; обустройство быта, перемещение и транспортировка пациентов;

второй: методы дезинфекции; гигиена кожи, уход за глазами, ушами, полостью рта, профилактика пролежней;

¹ <http://www.krasstat.gks.ru>.

третий: питание, лечебная физкультура для пожилых пациентов;

четвертый: методы контроля за состоянием здоровья пациента и простые медицинские манипуляции; психологическая помощь и коммуникация с пациентом; профилактика старческой деменции.

Цель работы школы по уходу: получение знаний и приобретение практических навыков по уходу за гражданами с ограниченными функциональными возможностями (инвалидами, гражданами пожилого возраста) для повышения качества их жизни.

Задачи:

– **информирование** родственников и других лиц, осуществляющих уход, о видах и формах социальной помощи, об особенностях проблем здоровья и питания граждан пожилого возраста и инвалидов, о методах контроля за изменением состояния здоровья инвалидов и пожилых людей, правилах создания благоприятной обстановки и психологической атмосферы; об использовании технических средств реабилитации;

– **обучение** родственников и других лиц, осуществляющих уход за инвалидами, гражданами пожилого возраста на дому, методам и практикам ухода и дезинфекции, когнитивного тренинга и профилактики деменции, навыкам простых медицинских манипуляций и кормления, поддержания личной гигиены подопечных; основам физической реабилитации при функциональных нарушениях, правилам перемещения и транспортировки;

– **консультирование** по получению социальной помощи, использованию технических средств реабилитации.

Модуль 1

Тема занятия: Принципы организации и осуществления общего ухода. Обустройство быта. Перемещение и транспортировка пациентов.

Форма организации занятия: семинар-тренинг.

Цели занятия:

– информирование слушателей об общих принципах ухода за гражданами с дефицитом самообслуживания, создании комфортного пространства для человека с дефицитом самообслуживания в домашних условиях, принципах профилактики падений, вспомогательных средствах передвижения;

– обучение технике обустройства дома маломобильного человека и его личного пространства, способам перемещения обездвиженного человека.

После занятия **слушатели должны знать** принципы обустройства дома и личного пространства маломобильного человека.

После занятия **слушатели должны уметь:**

- обустроить кровать для лежачего человека и перестелить постель;
- переместить обездвиженного человека;
- составить распорядок дня по уходу;
- обустроить комнату и личное пространство для маломобильного пациента для профилактики падений.

Оснащение: набор предметов обихода маломобильного человека – кровать, тумбочка, стул, вспомогательные средства передвижения и перемещения в постели, постельные принадлежности, прикроватный коврик, коляска.

Структура занятия:

1	Приветствие. Описание цели и структуры занятия. Введение	5 мин
2	Информационная часть. Принципы ухода, создание комфортного пространства, профилактика падений, перемещение и транспортировка маломобильных граждан	20 мин
3	Активная часть. Освоение практических навыков участников на пациентах и друг на друге	30 мин
4	Подведение итогов занятия, анкетирование	5 мин

Информационная часть

Общие принципы ухода за лицами с дефицитом самообслуживания

Под уходом понимается комплекс гигиенических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение здоровья, облегчение страданий при болезни, скорейшее выздоровление и предупреждение осложнений. Уход за людьми с функциональными нарушениями требует специальных навыков, а также обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, созданию условий, обеспечивающих физический и психический покой.

Лицам, осуществляющим уход, необходимо владеть простейшими приемами ухода, уметь адаптировать человека к изменившимся условиям жизни и здоровья, поощрять его к самостоятельности и самообслуживанию. Следует помнить о том, что даже самые простые действия могут отнимать у подопечных много времени. Необходимо всячески подбадривать и поощрять их попытки к самостоятельным действиям, ни в коем случае нельзя их торопить.

Создание комфортного пространства для человека с дефицитом самообслуживания в домашних условиях

Обеспечение комфортных условий для пациента предполагает следующие мероприятия.

Комната должна быть достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом пациент не должен чувствовать себя полностью изолированным от внешнего мира. Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно было бы использовать в качестве опоры. Коврик перед кроватью не должен скользить. Освещение в комнате не должно быть ярким, наоборот, оно должно вносить умиротворение. Комнату следует хорошо проветривать, не менее двух раз в день. Температура воздуха должна быть оптимальной – $21\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Кровать. Медицинские кровати спроектированы специально для людей, которые находятся на постельном режиме. Кровати удобно использовать как в медицинских учреждениях, так и дома. Они могут обладать определенным количеством регулируемых секций, которые предназначены для установки угла наклона головы, ног, таза – в зависимости от заболевания. При этом регулировку угла секций устанавливают как механическую, так и электрическую. В первом случае поднимают секцию и ставят в нужный зазор фиксатор, закручивают рычаг и т.д. Во втором случае регулируют угол секции с помощью пульта управления или встроенного механизма с кнопкой – эту процедуру может выполнять и сам пациент. Медицинские кровати часто имеют съемные боковые решетки, чтобы защитить пациента от падения.



В комплектацию медицинских кроватей могут входить колесики с блокировкой для удобного передвижения человека в кровати, устройство для самостоятельного принятия сидячего положения. Кроме того, медицинские кровати могут быть вместе со столиком для приема еды. Такие кровати чаще всего металлические, что позволяет легко провести санитарную обработку.

При отсутствии медицинской кровати обычную кровать можно переделать, увеличив ее высоту. Для этого необходимо изготовить специальные колодки с углублениями по размерам ножек кровати и поставить кровать в них или на ножки кровати надеть резиновые чехлы и поставить кровать на колодки или кирпичи. Высота спального места от пола до матраса должна быть 60–70 см. Кровать должна иметь боковые поручни, которые можно опускать при перестилании. Кроме того, боковые поручни обеспечивают безопасность пациента, предотвращают от падения

и используются в качестве опоры при перемещении в кровати и вставании с нее.

Кровать следует поставить так, чтобы можно было подойти к человеку с двух сторон, что облегчит уход за ним. Это позволит легко менять положение тела. Если кровать приставлена к стене, то человек будет почти постоянно лежать на одном боку, что может способствовать развитию односторонних отеков, пролежней и односторонней пневмонии из-за плохой вентиляции легких.

В домашних условиях несложно изготовить опорную рамку, чтобы приподнимать верхнюю часть тела лежачего человека при одышке, кормлении, приеме посетителей. Для самостоятельного приподнимания части тела используется прикрепленный к кровати тросик либо лестница.



Использование подколенного валика служит для расслабления мускулатуры (его можно сделать из скатанного одеяла).

Подзатылочный валик служит опорой для головы, но при его длительном использовании возникает опасность повреждения шейного отдела позвоночника. К одной или обеим спинкам кровати можно прикрепить по всей ее длине штангу над кроватью или использовать ее укороченный вариант – Г-образный кронштейн в изголовье, позволяющий сесть из положения лежа и перевернуться.

Постель лежачего подопечного обычно состоит из головной подушки, легкого одеяла (чтобы не было пролежней на кончиках пальцев ног), простыни без складок (желательно на резинке) и специальных подушек для фиксации пациента в положении на боку. Постель не должна быть мягкой. Если это необходимо, застелить клеенкой матрас под поясницей.



Для того чтобы не допустить появления пролежней, изобретены противопролежневые матрасы, которые выглядят как многокамерные системы, в которые попеременно подается воздух с помощью специального компрессора. Специальные матрасы, подушки с функцией запоминания анатомической формы, надувные круги и т.д. более равномерно распределяют давление на кожные покровы.

Последовательность подачи воздуха регулируется с помощью специальной программы. За счет такой системы гарантирован постоянный массаж мягких тканей пациента (кожи и мышц) и улучшение кровообращения в тканях. Иногда противопролежневые матрасы снабжаются

обдувом, который осуществляется через маленькие отверстия, обеспечивая вентиляцию кожи маломобильных граждан.

В каждом конкретном случае следует получить консультацию у врача об особенностях постели, необходимой для пациента. Например, людям с заболеваниями позвоночника, особенно после его травм, требуется постель с твердой и ровной поверхностью, пациентам с сердечной недостаточностью необходимо придать полусидячее положение в постели. В последнем случае, помимо подголовника, нужно сделать упор для ног, чтобы подопечный не сползал.

Рядом с кроватью необходимо поставить небольшой столик или прикроватную тумбочку. На тумбочке всегда должна стоять питьевая вода, настольная лампа, лежать очки (если подопечный читает), пульт управления телевизором (если он смотрит телевизор) и колокольчик, которым можно позвать родственника или сиделку. В выдвижной ящик тумбочки нужно положить термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию, перевязочные средства (если необходимо). В нижнем отделении тумбочки целесообразно разместить одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, прокладки, штанишки для их фиксации, полиэтиленовые пакеты для сбора мусора. Если подопечный пользуется туалетом, то рядом с кроватью можно поставить переносное кресло-туалет. В изголовье постели желательно поместить бра, настольную лампу, торшер.



Инвалидные коляски. Инвалидная коляска – это сиденье с подставкой для ног, по бокам снабженное колесами (чаще по два больших и два маленьких). Инвалидные кресла-коляски могут быть спроектированы для перемещения с помощью другого человека, для самостоятельного передвижения с помощью рук или за счет электродвигателя. Кресла-коляски с электроприводом рекомендованы только людям с парализацией верхней половины тела или с тяжелыми заболеваниями сердца и легких, которые исключают физическую нагрузку. По конструкции инвалидные коляски бывают цельными и раскладными. Для большего удобства предусмотрены подголовники, дополнительные подушки, подлокотники, туалетный столик. Кроме того, присутствуют различия в конструкции кресла – бывают коляски для взрослых и детей. Некоторые инвалидные коляски позволяют людям с ограниченными функциями опорно-двигательного аппарата заниматься физической активностью и добиваться значительных успехов в этой сфере, что делает жизнь инвалидов более полноценной.

Распорядок дня и дневник ухода. Для ухода за пациентом дома нужно не только приобрести необходимые средства, но и составить индивидуальный план ухода – распорядок дня. Если в уходе участвуют

другие члены семьи, желательно завести дневник ухода, который поможет учитывать проведение гигиенических и лечебных процедур, чтобы не повторять их, сэкономив средства, силы и время.

Профилактика падений

Падения – довольно частое явление в пожилом возрасте. Они могут происходить как на улице, так и в помещении, в том числе в ваннных комнатах, туалетах и коридорах пансионатов, а также дома. Причинами падений могут быть мышечная слабость, снижение зрения и слуха, недостаточная координация движений и неспособность сохранять равновесие, головокружение, ухудшение памяти и внимания.

Для исключения падений необходимо соблюдать следующие правила:

- в комнатах не должно быть лишней мебели;
- в комнате должно быть хорошее освещение;
- во время ночного сна пациента на прикроватном столике должен включаться ночник. На прикроватном столике требуется держать колокольчик для оповещения и вызова ухаживающего, а если колокольчика нет, можно поставить стакан с чайной ложкой;
- пол должен быть покрыт цельным ковром;
- удобная высота кровати (верхний край матраса не ниже уровня колена);
- пожилым пациентам рекомендуется носить тапочки с задником, а не шлепанцы;
- ваннные комнаты должны быть оборудованы опорами (поручнями), срочной сигнализацией и резиновыми ковриками;
- ванная комната не должна закрываться с внутренней стороны.

Перемещение и транспортировка пациента

Подготовка пациента к перемещению. Прежде чем начинать перемещение, ухаживающий должен оценить следующие моменты: определить, для чего необходимо перемещать пациента, как скоро необходимо произвести перемещение; определить состояние человека, приблизительно массу его тела, способность пользоваться руками и ногами. Необходимо выявить наиболее чувствительные и болезненные участки тела (например, пролежни), которые могут подвергнуться риску. Важно определить, хорошо ли подопечный видит и воспринимает окружающую действительность, в каком эмоционально-психологическом состоянии находится в настоящий момент.

Перемещение и изменение положения тела обездвиженного человека – непростая задача. Родственникам и ухаживающим нужно делать это аккуратно и бережно, поскольку для них есть риск травмы спины, а у подопечного может вызвать резкие боли и даже вывихи суставов.

Переворачивание в кровати. Когда пациент не способен двигаться самостоятельно, лучше, если его переворачивают два человека, стоящие по обе стороны кровати. Но если нет выбора, то это делает один ухаживающий за пациентом. Подъем человека в данном случае не обязателен. Поворачивание его осуществляется путем перекачивания или плавного перемещения по направлению от помощника (есть опасность падения). 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 его на край кровати, сначала нужно слегка поднять его голову и плечи, затем ноги, а потом туловище. Для осуществления каждого из этих движений помощник стоит в положении «ноги врозь» (для равновесия), подкладывает руку под подопечного с той стороны кровати, к которой его нужно подвинуть, и передвигает к краю кровати.

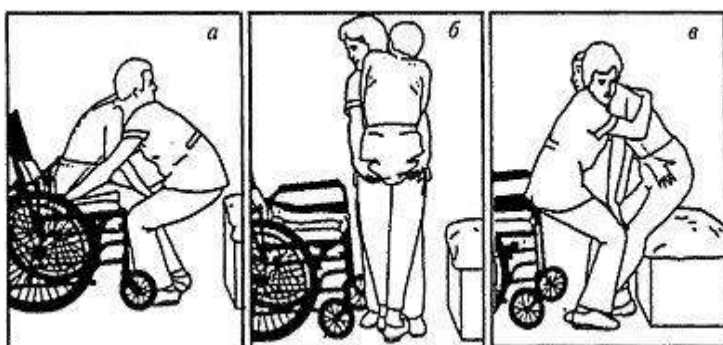
Если подопечный тучный, могут понадобиться два человека для перемещения его туловища и бедер. В этом случае нужно встать рядом друг с другом и поворачивать человека при помощи натянутой простыни.

После того как, следуя инструкции, подопечный передвинут в положение «на спине» на край кровати, его можно перевернуть на правый бок на середине кровати. Для этого сначала помощник должен подготовить голову и плечи и убедиться, что его рука свободна. Используя колено или плечи в качестве рычагов, помощник перекачивает туловище на себя (если приходится проводить этот прием в одиночку, нужно быть осторожным, следя за тем, чтобы, перекатив человека к краю кровати, не дать ему скатиться вниз). Затем подойти с другой стороны, чтобы перекатить его на середину.



Перемещение одним человеком. Подъем при помощи раскачивания применяется для того, чтобы помочь человеку встать со стула или кресла и переместить на другое место, при условии, что подопечный способен помогать и контролировать свои движения.

Прием раскачивания подопечного помогает уменьшить усилия для его подъема, и нет необходимости в его поднятии. Для выполнения приема нужно встать лицом к человеку и помочь ему передвинуться на край стула, осторожно раскачивать его из стороны в сторону. Делать раскачивания



ритмично, перемещая вес своего тела и удерживая близко к себе. При этом движении подопечный одновременно с помощником поочередно переставляет ноги

вперед, делая маленькие шаги по полу, и таким образом передвигается на край стула. Затем поставить одну свою ногу сбоку от человека, а другую – перед ним, зафиксировав его колени. Далее можно помочь подопечному встать или передвинуть его со стула на кресло-каталку, расположенную под углом 90° к стулу.

При подъеме человека можно воспользоваться приемом подмышечного захвата или удержания за таз или талию (ремень). Для перемещения на 90° или 180° можно использовать захват при поднятом локте и при этом можно хорошо контролировать движения. Чтобы переместить человека с регулируемой по высоте кровати на стул, необходимо поставить стул вплотную к кровати. Опустить кровать и переместить человека, как было описано выше.

Перемещение пациента с кровати на стул, со стула в туалет и обратно. Если возможно, нужно расположить стул или сиденье для судна удобно и как можно ближе к кровати. Для того чтобы помочь сесть на край кровати со свободно свисающими ногами, необходимо вместе с помощником встать по обе стороны лежащего человека и, согнув в локте свою поддерживающую руку, положить ее на кровать позади ягодиц подопечного. Использовать запястный захват, чтобы поддерживать бедра ближе к ягодицам. Далее подставить свои плечи под плечи подопечного, который при этом кладет свои руки на спины ухаживающих, и по команде поднимать, разгибая свои колени и локти, пока не удастся встать прямо. Теперь пациента можно нести, не забывая поддерживать его спину свободной рукой. Чтобы опустить человека в кресло или на стул, нужно положить свою поддерживающую руку на подлокотник или сиденье стула и опустить его, сгибая свои колени и локоть. При этом надо убедиться, что подопечный опускается одновременно с помощником. Нужно убедиться также, что стул не наклоняется назад под давлением помогающей руки.

Специальные приспособления для перемещения пациентов

В настоящее время в свободном доступе появились специальные изделия и приспособления, облегчающие транспортировку людей с трудностями перемещения:

– **пояс для перемещения.** Пояс двухслойный, верхний наружный слой – 100% п/э с грязеотталкивающей обработкой, внутренний слой – трикотажное полотно. Наполнитель – пенополиуретан, обеспечивающий особый комфорт пациенту. Приспособление помогает осуществлять перемещение человека максимально безопасно и комфортно. Пояс одевается поверх одежды. Петли, располагающиеся как по бокам пояса, так и вдоль, помогут удобно поддерживать



пациента при перемещении, а полипропиленовая лента с фиксирующим замком делает использование пояса безопасным;

– **скользящий рукав**. Помещается под туловище пациента в области грудного и поясничного отделов позвоночника так, чтобы верхняя и нижняя стороны рукава могли свободно перемещаться относительно друг друга. Пациента переворачивают на спину, его ноги сгибают в коленях. В таком состоянии можно постепенно, взяв подопечного за колени, переместить его по кровати сверху вниз. Для обратного перемещения снизу вверх человека берут за плечи (при этом ноги помощника согнуты в коленях, а пациент лежит на спине).

Изделие сшито в форме рукава, каждая сторона которого в сложенном состоянии имеет размер 100 x 110 см. Имеется всего один прочный двойной шов, что обеспечивает дополнительный комфорт подопечному в процессе перемещения. Максимальный вес пациента может быть 130 кг. Скользящий рукав поможет переместить лежачего человека на 30–50 см в кровати. Наиболее удобен при перемещении сверху вниз и снизу вверх. Для более сложных перемещений с кровати на кровать или с кровати на каталку рекомендуется использовать скользящие простыни.

Скользкая простыня для перемещения лежачего пациента состоит из двух независимых частей, с пришитыми по краям петлями. Простыня позволяет перемещать лежачего пациента в пределах 0,5–1 м на функциональной кровати, а также посадить, переложить его с кровати на кровать или каталку, с кровати на кресло-каталку.



Активная часть. Отработка практических навыков:

- обустройство кровати для лежачего человека и перестилание постели;
- перемещение обездвиженного человека;
- составление распорядка дня по уходу;
- обустройство комнаты и личного пространства для маломобильного пациента для профилактики падений.

Приложение к модулю 1

Пример распорядка дня

7:00 – туалет (возможно использование кресла-туалета).

Измерение температуры, пульса, артериального давления.

7:15 – обработка полости рта. Уход за кожей. Интимная гигиена.

Смена подгузника (при необходимости). Проветривание комнаты.

8:00 – завтрак.

8:30 – время покоя подопечного. Уборка комнаты.

10:30 – профилактические и/или лечебные мероприятия. Питьевой режим (сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) 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, артериального давления.

18:00 – ужин.

18:30 – обработка полости рта. Уход за кожей. Интимная гигиена.

Смена подгузника (по необходимости). Проветривание помещения.

20:00–21.30 – просмотр телепередач, чтение литературы.

21:30 – подготовка ко сну.

22:30 – сон.

Следует подчеркнуть, что в важном и ответственном деле по уходу за лежачими пациентами не может быть мелочей, поэтому с предельным вниманием следует предусмотреть все даже на первый взгляд маловажные детали в лечебно-гигиенических и предохранительных мероприятиях. Ухаживающий по всем этим вопросам должен получать подробные рекомендации у лечащего врача, иметь представления обо всех возможных неблагоприятных ситуациях в течении заболевания, чтобы быть готовым к ним в максимальной степени.

Модуль 2

Тема занятия: Личная гигиена, методы дезинфекции, уход за глазами, ушами, полостью рта. Профилактика пролежней.

Форма организации занятия: семинар-тренинг.

Цели занятия: информирование слушателей о правилах личной гигиены маломобильного гражданина, принципах ухода за кожей тела, ушами, носом, глазами, ногтями, волосами, полостью рта; о правилах санитарной обработки промежности, технике подачи судна; методах профилактики пролежней.

После занятия **слушатели должны знать** технологию мытья маломобильного человека, санитарной обработки отдельных частей тела, переодевания, технику подачи судна и мочеприемника.

После занятия **слушатели должны уметь:**

- вымыть в кровати лежащего человека и сменить белье и подгузники;
- подать судно и мочеприемник;
- обработать уши, нос, глаза, полость рта и зубные протезы;
- обработать части тела, на которых чаще всего появляются пролежни.

Оснащение: кровать, муляж тела человека, судно, мочеприемник, набор средств гигиены тела и средств для санитарной обработки судна и мочеприемника, белье для лежащего больного, антисептики для наружного применения, капли для носа и глаз, коргцанг, набор марлевых салфеток.

Структура занятия:

1	Приветствие. Описание цели и структуры занятия. Введение	5 мин
2	Информационная часть. Правила личной гигиены маломобильных граждан, технология санитарной обработки тела и его отдельных частей, методы профилактики пролежней	20 мин
3	Активная часть. Освоение практических навыков участников на муляже тела человека и пациентах	30 мин
4	Подведение итогов занятия, анкетирование	5 мин

Информационная часть

Личная гигиена – это широкое понятие, включающее в себя выполнение правил, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья человека. Первоочередным при этом является соблюдение чистоты тела и места, где пациент проводит большую часть времени. Так как при ряде заболеваний человек не может самостоятельно ухаживать за собой, то его гигиеной занимается лицо, осуществляющее посторонний уход.

Постельное и нательное белье. Постельное белье (простыни, пододеяльники, наволочки) должно быть чистым. Менять его нужно не реже одного раза в неделю. Если же белье запачкалось чем-либо (кровяные, гнойные пятна, моча, грязь, кал) или пациент сильно вспотел, необходимо тотчас же переменить белье. Простыни на постелях не должны иметь рубцов и швов, а наволочки – узлов и застежек на стороне, обращенной к подопечному.

Постель должна перестилаться регулярно – утром и на ночь, а также перед дневным послеобеденным отдыхом. Снятое с кровати грязное белье (простыни, наволочки, пододеяльники и др.) надо немедленно вынести из комнаты пациента. Надо следить за чистотой матраса и наматрасника. Если они испачканы, надо вымыть загрязненные места горячей водой с мылом и просушить.

За чистотой нательного белья надо следить самым внимательным образом и производить его смену не реже двух раз в неделю. Если же белье загрязняется, то его необходимо тотчас сменить. Иногда приходится менять

белье несколько раз в день. Следует знать, что белье лежачего пациента должно состоять из одной рубашки, лучше с длинным подолом ниже колен. По мере улучшения состояния и расширения режима двигательной активности можно переходить на пижаму.

Для профилактики дерматитов, которые возникают из-за постоянного контакта кожи с агрессивной средой (кал, моча), необходимо подобрать абсорбирующее белье. Одежда должна быть просторной, постельное белье – чистым и без складок.

Уход за кожей. Особенно важен у пациентов с заболеваниями почек, печени, дыхательной системы, пищеварительного тракта, при повышении температуры тела. Кожа участвует в обмене веществ (дыхательная, выделительная функции), и при различных заболеваниях через кожу начинают выделяться продукты нарушенного обмена веществ.

Установлено, что в течение недели сальные железы кожи человека выделяют около 200 г кожного сала, а потовые железы – от трех до семи литров пота. Загрязнение кожных покровов нарушает защитные свойства кожи и соотношение микроорганизмов, которые в норме населяют ее, создаются условия для размножения инородных микробов и паразитарных грибов. Всё это может привести к появлению гнойничковой сыпи, шелушению, опрелости, изъязвлений, пролежней. В гериатрической практике рекомендуется душ с температурой не выше 35 °С, а не ванна; душ принимается стоя или сидя, или же пациента обмывает персонал (на специальной кушетке) или ухаживающий родственник в теплой и хорошо вентилируемой комнате. При приеме ванны рекомендуется присутствие родственников или медицинского персонала.

Уход за ушами. Заключается в их регулярном мытье теплой водой. В ряде случаев возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также удалении образовавшейся там серной пробки, для этого приглашается медицинский работник.

Уход за носом. Необходимость в уходе за носовой полостью возникает при наличии выделений с образованием в ряде случаев корок на слизистой оболочке носовой полости. После предварительного размягчения глицерином или вазелиновым маслом корки удаляют ватной палочкой.

Уход за глазами. Осуществляется ежедневно. Как правило, у пожилых людей развивается симптом «сухого глаза», и им нужно ежедневно закапывать капли, увлажняющие его слизистую оболочку. При наличии выделений, склеивающих ресницы и веки, появляющихся обычно при воспалении слизистой оболочки век (конъюнктивитах), необходимо проконсультироваться с врачом.

Уход за полостью рта, зубами, зубными протезами. У ослабленных и лихорадящих пациентов на слизистой оболочке рта, на зубах появляется налет, который состоит из слизи, слущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих



остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия.

Образующиеся во рту бактерии разрушают зубы, способствуя развитию кариеса. Кроме того, образующийся налет вызывает воспаление десен, пародонтит, который способствует разрушению шейки зубов, их расшатыванию и выпадению.

Если пациент находится в сознании, но беспомощен, уход за полостью рта включает в себя:

- полоскание рта после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты;
- чистку зубов (зубных протезов) вечером и утром;
- очищение промежутков между зубами один раз в день (лучше вечером).

Для чистки зубов лучше использовать зубную пасту, содержащую фтор, укрепляющий эмаль зубов и препятствующий развитию кариеса. Зубная щетка должна быть средней жесткости, не травмирующей десну. Щетку следует менять по мере изнашивания, но не реже одного раза в три месяца. Изношенная щетка не обеспечивает тщательного очищения зубов. Нитью для очищения промежутков между зубами нужно пользоваться, не прилагая значительных усилий, поскольку это может привести к повреждению десен и кровоточивости. Завершая уход за полостью рта, обязательно очистить щеткой язык, снимая с него налет, содержащий бактерии.

Если пациент не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот, у таких людей уход за полостью рта нужно осуществлять каждые два часа, промывать полость рта 0,5% раствором гидрокарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия, слабым раствором перманганата калия.

Уход за волосами. Плохой уход за волосами с нерегулярным мытьем может приводить к их повышенной ломкости, выпадению, образованию на кожных покровах головы жирных или сухих отрубевидных чешуек (перхоти). Жирные волосы рекомендуют мыть один раз в неделю, сухие и нормальные – один раз в 10–14 дней.

Уход за ногтями. Уход за ногтями нужно проводить очень бережно. В противном случае эта процедура может привести к травме кожи вокруг ногтевого ложа и последующему инфицированию. Не нужно стричь ногти до самого основания, иначе можно поранить кожу. Перед стрижкой ногтей поочередно на пять минут опустить кисти рук и стопы в теплую воду. Необходимо быть особенно осторожным при стрижке ногтей пациентов, страдающих сахарным диабетом, парализованных людей, у которых снижена чувствительность кожи.

Подмывание. Пациенты, которые сами могут себя обслуживать, проводят подмывание кипяченой водой с мылом ежедневно, желательно утром и вечером. Людей, длительное время находящихся в постели и не имеющих возможности регулярно принимать гигиеническую ванну, следует подмывать после каждого акта дефекации или мочеиспускания. Подопечных, страдающих недержанием мочи и кала, 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.

Подача судна. Пациенты, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать лежа физиологические отправления. В таких случаях им подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи).

Смена подгузников. Одной из современных форм ухода является применение подгузников (памперсов).

Использование подгузников – наиболее частый способ для сохранения чистоты постели. Однако в некоторых случаях можно обойтись без подгузника. Более того, подгузник – это метод отчаяния, который сильно унижает взрослого человека. Не иметь возможности дойти до туалета или хотя бы пересесть на санитарный стул или воспользоваться судном – это огромный психоэмоциональный стресс, который часто может стать причиной глубокой депрессии.

Если пациент может дать понять, когда он хочет в туалет, лучше воспользоваться судном или, если есть возможность, пересадить человека на санитарный стул. И даже когда контроль тазовых функций невозможен и подгузник необходим, не всегда его нужно надевать на целый день. В любом случае нужно стараться осуществлять интимную гигиену при каждой смене подгузника. Для этого можно использовать пенки, а также специальные гипоаллергенные влажные салфетки. Защитить кожу от действия агрессивных факторов помогут пенки-протекторы под подгузник, а также прокладки с гелеобразующим веществом при недержании мочи.

Профилактика пролежней. У пациентов, которым приходится постоянно находиться в лежачем положении, часто появляются пролежни. Пролежни – это дефект кожи, подкожной клетчатки, а иногда и мягких тканей, которые формируются вследствие лежачего образа жизни и в результате давления на одну и ту же область, к которой чаще всего подлежит кость. В результате нарушается местное кровоснабжение и возникает кислородное голодание тканей (ишемия), которое приводит к гибели клеток (некрозу).

При несоответствующем уходе за пациентом возможно инфицирование этих участков, что может привести к развитию сепсиса (заражению крови) и смертельному исходу.

Если человек обездвижен и не может самостоятельно поворачиваться на бок и присаживаться, образование пролежней в таких случаях очень вероятно.

Появлению пролежней способствуют плохой гигиенический уход, складки на постельном и нательном белье, пребывание в одном положении, что вызывает избыточное давление на одну часть тела, неправильная техника перемещения человека, средства фиксации.

Места локализации пролежней. В положении «на спине» пролежни развиваются в области затылка, лопаток, на локтях, крестце, седалищных



буграх, пятках. В положении «на боку» – в области ушной раковины, плечевого, локтевого суставов, бедренного, коленного суставов, на лодыжке. В положении «сидя» – в области лопаток, крестца, пяток, пальцев стопы. По наличию или отсутствию пролежней можно судить о качестве ухода.

Профессиональный уход за кожей, применение одноразовых средств

гигиены, правильное положение в постели способствуют профилактике образования пролежней.

Основные мероприятия, направленные на профилактику пролежней:

1. Каждые два часа регулярно менять положение тела малоподвижного человека. Здесь необходимо учитывать, что недостаточно подвинуть руку или ногу. Нужно повернуть со спины на бок или с одного бока – на другой или посадить в кровати, пересадить из кровати в кресло. Такие изменения в положении тела не дают давлению действовать на ткани, что улучшает питание кожи и предупреждает появление пролежней.

2. Ежедневно проводить тщательный осмотр кожи. Если кожа сухая, ее нужно увлажнять кремом. Если есть покраснения, высыпания, шелушение, ранки, отеки, обязательно нужно проконсультироваться с лечащим врачом. Ежедневное мытье или протирание кожи с использованием рН-нейтральных средств для мытья кожи.

3. Использовать противопролежневые матрасы. Однако нужно помнить, что само по себе такое оборудование не снижает риск возникновения пролежней. Если человек постоянно лежит неподвижно, даже если под ним будет самый дорогой из возможных противопролежневых матрасов, его это не спасет. Пролежни появятся всё равно, потому что давление с тканей не снимается. Противопролежневое оборудование целесообразно использовать только в сочетании с регулярным перемещением и сменой положения тела.

Для профилактики пролежней необходимо делать правильно подобранную гимнастику и разумный массаж. Упражнения лечебной физкультуры, которые позволят максимально сохранить амплитуду движения в суставах, – необходимая составляющая борьбы с риском возникновения пролежней. Оптимальный комплекс занятий поможет подобрать врач ЛФК или физиотерапевт.

Активная часть. Освоение практических навыков:

- мытье в кровати лежачего человека (на муляже и пациентах);
- смена белья и подгузников (на муляже и пациентах);
- подача судна и мочеприемника (на муляже и пациентах);
- обработка ушей, носа, глаз (на пациентах);
- обработка полости рта и зубных протезов (на пациентах);
- обработка частей тела, на которых чаще всего появляются пролежни (на пациентах).

Подведение итогов занятия. Анкетирование участников.

Приложение к модулю 2

Описание основных практических навыков по гигиене пациента

Проведение гигиенической ванны или душа. При тяжелом состоянии пациента проведение процедуры необходимо отложить.

Оснащение: щетка, мыло, мочалка-рукавичка, перчатки, подставка для упора ног, средства для обработки ванны.

Выполнение манипуляции:

- надеть перчатки;
- вымыть ванну щеткой с мылом, ополоснуть 0,5% раствором хлорной извести или 2% раствором хлорамина, затем горячей водой (можно применять чистящие и дезинфицирующие бытовые средства);
- наполнить ванну теплой водой (температура воды 35–37 °С);
- помочь пациенту принять удобное положение в ванне (уровень воды должен доходить до мечевидного отростка);
- вымыть пациента мочалкой: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, пах и промежность;

- помочь пациенту выйти из ванны, вытереться и одеться;
- снять перчатки.

Продолжительность мытья не более 25 минут.

Возможные осложнения: ухудшение самочувствия – боли в сердце, сердцебиение, головокружение, изменение цвета кожи (покраснение, побледнение, синюшность). При появлении таких признаков необходимо прекратить процедуру, транспортировать пациента на кровать, оказать необходимую экстренную помощь.

Для облегчения работы ухаживающих существуют специальные приспособления, позволяющие легко помещать пациента в ванну.

В случаях, когда принятие ванны или душа не представляется возможным, можно воспользоваться аптечными средствами для очищения тела и головы. В аптечной сети предлагается достаточный выбор средств для чистки кожи. Наряду с импортными средствами предлагается более экономичное отечественное – пенка для мытья тела «Без воды».

Она очищает кожу и не требует смывания водой, позволяет очистить кожу и избавиться от запаха. Обильная мягкая пена поглощает загрязнение, а после стирания полотенцем остатки распадаются, не оставляя следов. Пенка не содержит спирта и подходит для интимной гигиены, проверена и одобрена в применении.



Использование пенки: нанести средство на тело или губку, протереть пропитанной губкой кожу и вспенить массирующими движениями до образования пены. Затем нужно стереть пену чистым, сухим полотенцем и так провести процедуру мытья со всеми частями тела.

Мытье ног в постели. Для процедуры необходимы резиновая клеенка, тазик, теплая вода температурой 34–37 °С, мочалка, мыло, полотенце, вазелин или смягчающий крем.

Выполнение манипуляции:

- надеть перчатки;
- положить клеенку на матрас;
- поставить таз на клеенку;
- налить воды до половины таза;
- опустить ноги подопечного в таз с минимальной физической нагрузкой для подопечного;
- хорошо намылить ноги, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа;
- ноги сполоснуть чистой водой, приподняв их над тазом;
- вытереть ноги насухо полотенцем;
- смазать подошвы и пятки кремом;
- вынуть клеенку;



- удобно уложить ноги на постели и накрыть их одеялом;
- вымыть руки;
- вытереть ноги насухо полотенцем, смазать пятки кремом

Смена рубашки. Несмотря на все меры предосторожности и ловкость ухаживающего, процедура неизбежно причиняет много беспокойства пациенту. Поэтому ее следует проводить быстро, но без суеты. Вначале, слегка приподняв верхнюю часть туловища и таз подопечного, собирают рубашку со спины к шее, затем, приподняв руки, снимают рубашку через затылок и голову, после чего остается по очереди освободить от рукавов руки. В обратном порядке надевают чистую рубашку, сначала рукава, затем натягивают ее на голову и расправляют вдоль спины.

Уход за ушами. Очистку наружного слухового прохода производят ватными палочками очень осторожно, чтобы не повредить поверхность



наружного слухового прохода и барабанную перепонку. Перед введением капель в ухо подогревается лекарственный раствор до температуры тела на водяной бане. Для выпрямления естественного изгиба наружного слухового прохода ушную раковину оттягивают левой рукой назад и кверху и закапывают

несколько капель в ухо.

Закапывание капель в нос. Пациенту необходимо сесть (или приподнять его с помощью подушек), слегка запрокинув голову и склонив ее (при закапывании в левую ноздрю – влево, в правую – вправо). Приподняв кончик носа, закапать в нижний носовой ход три-четыре капли, не вводя пипетку глубоко в нос. Далее прижать пальцем крыло носа к перегородке и делать легкие круговые движения, не отнимая пальца. Так же закапать капли во вторую ноздрю.

При закапывании масляных капель уложить пожилого человека, приподнять кончик носа и закапать в каждый нижний носовой ход по пять-шесть капель. Попросить полежать несколько минут, спросить его о самочувствии и убедиться, что капли попали на заднюю стенку глотки (человек должен почувствовать вкус капель).

Закапывание капель в глаза. При закапывании глазных капель нижнее веко нужно оттянуть ватным тампоном, после чего пипеткой (с тупым концом!), не донося ее два-три сантиметра до века, выпустить одну-две капли раствора комнатной температуры на слизистую оболочку нижнего века.

При наличии выделений, склеивающих веки и ресницы, нужно с помощью ватного тампона, смоченного антисептическим раствором (2% раствор борной кислоты, 0,02% раствор фурацилина или 1–2% раствор натрия гидрокарбоната), протереть ресницы и веки по направлению от наружного угла к внутреннему или сверху вниз. Протирается каждый глаз,

используя по четыре-пять тампонов. Остатки раствора промокаются сухими тампонами.

При закладывании глазной мази широким концом небольшой стеклянной палочки нанести глазную мазь на слизистую оболочку нижнего века, предварительно оттянув его книзу. Туда же можно выдавить мазь из тюбика и затем подвигать ее от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла на наружную спайку век. Затем удалить вытекающую из-под сомкнутых век мазь.

Промывание полости рта. Чаще всего осуществляют с помощью шприца Жане или резинового баллончика. Чтобы жидкость не попала в дыхательные пути, пациенту придают полусидячее положение с несколько наклоненной вперед головой или же поворачивают голову набок, если человек лежит. Для лучшего оттока жидкости шпателем несколько оттягивают угол рта. Если человек согласен, то в целях профилактики стоматита после очистки рта на его слизистую несколько раз в день можно наносить оливковое масло.

Если у пациента есть во рту зубной протез, то после еды его следует снять и тщательно вымыть. Ротовая полость слегка протирается салфеткой, после чего можно прополоскать рот водой. Неплотно прилегающие протезы (вследствие похудения, изменения формы челюсти) могут способствовать появлению во рту ранок и царапин. Если новые протезы заказать нельзя, то лучше обходиться без них, продолжая соблюдать правила гигиены ротовой полости. По мере необходимости необходимо смазывать уголки губ питательным кремом.

Мытье головы в постели. Ванночку размещают у головного конца кровати, а голову несколько приподнимают и запрокидывают. После мытья волосы осторожно вытирают полотенцем, затем тщательно и бережно расчесывают, начиная от корня, если волосы короткие, или же, наоборот, с концов при длинных волосах.

Техника подмывания. Для процедуры потребуется судно, корнцанг, кувшин, кружка Эсмарха с резиновой трубкой, зажимом и наконечником, раствором антисептика (слабо-розовый раствор марганцовки или раствор фурацилина 1:5000).

Подмывание женщин. Приподнять таз пациентки и подставить судно. Ватным тампоном произвести несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу (тампоны меняются после каждого движения сверху вниз). Другим ватным тампоном таким же образом осушить кожу промежности. При наличии у женщин выделений из влагалища можно применить спринцевание – орошение стенок влагалища с помощью кружки Эсмарха



и специального влагалищного наконечника кипяченой водой, слабым раствором марганцовки или физиологическим раствором (после консультации с врачом).

Подмывание мужчин. Пациента повернуть на бок, придерживая его за плечи и таз. Подложить клеенку под ягодицы пациента, судно и помочь ему вернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне. Далее взять одной рукой половой член, бережно оттянуть крайнюю плоть, обнажив головку полового члена. Салфетку смочить в теплой воде, отжать ее и протереть головку полового члена. Затем протереть кожу полового члена и мошонки и тщательно осушить их. Вымыть и осушить область анального отверстия.

Подача судна и мочеприемника. Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения неприятного запаха, подводят под ягодицы, предварительно попросив подопечного согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой немного приподнять таз.

После опорожнения кишечника (или мочевого пузыря у женщин) и извлечения судна необходимо провести подмывание промежности пациента. После освобождения судна от содержимого его тщательно моют горячей водой и дезинфицируют любым, применяемым в этих случаях средством дезинфекции.

Для лежачего пациента лучше использовать судно в виде «совочка», практически не имеющего одного борта; оно может использоваться самостоятельно.

При подаче мочеприемника лежачим мужчинам следует иметь в виду, что далеко не все подопечные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. После мочеиспускания проводят гигиеническую обработку полового члена, мочеприемник опорожняют и хорошо промывают.

Надевание подгузников. Надевание подгузников в положении лежа и стоя продемонстрировано на следующих иллюстрациях:



Разверните подгузник и найдите приклеенный пояс

Открепите приклеенный пояс справа налево



Открепите второй слой пояса слева направо

Расправьте высвобожденный пояс



В положении
лежа



В положении
стоя

Модуль 3

Тема занятия: Питание и лечебная физкультура для пожилых и других маломобильных пациентов.

Форма организации занятия: семинар-тренинг.

Цели занятия: информирование слушателей о принципах рационального и лечебного питания для маломобильных граждан, ценности основных продуктов питания с учетом содержания белков, жиров и углеводов, видах физической активности для маломобильных граждан.

После занятия **слушатели должны знать** нормы потребности маломобильных граждан в белках, жирах и углеводах; принципы и правила сбалансированного питания в пожилом возрасте; питательную ценность основных групп пищевых продуктов, набор продуктов, употребление которых нежелательно в пожилом возрасте.

После занятия слушатели должны уметь составить примерное меню для маломобильных граждан; определить объем порции основных пищевых продуктов, входящих в меню.

Оснащение: муляжи продуктов питания, таблицы энергетической ценности и состава основных продуктов питания.

Структура занятия:

1	Приветствие. Описание цели и структуры занятия. Введение	5 мин
2	Информационная часть. Принципы и правила рационального питания людей, нуждающихся в постороннем уходе. Предпочитаемые продукты питания и их соотношение. Виды физической активности для маломобильных граждан	20 мин
3	Активная часть. Освоение практических навыков участников по составлению рациона питания и физических упражнений для подопечных	30 мин
4	Подведение итогов занятия, анкетирование	5 мин

Информационная часть № 1

Рациональное питание людей, нуждающихся в постороннем уходе

В пожилом и старческом возрасте падает потребность в энергии. Каждые 7–10 лет у человека падает потребность в энергии примерно на 10%. В пожилом и старческом возрасте организм человека переходит на экономный режим расходования энергии.

Нормы потребностей в энергии для лиц престарелого возраста составляют: для мужчин в возрасте 60–74 лет – 2300 ккал, для женщин – 1975 ккал, а для лиц старческого возраста 75 лет и старше: для мужчин – 1950 ккал, для женщин – 1700 ккал.

Питание пожилых людей должно учитывать наличие атеросклероза, высокую вероятность развития ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, онкологических заболеваний, остеопороза и других типичных для престарелого возраста заболеваний.

Режим питания должен быть построен таким образом, чтобы прием пищи был равномерно распределен в течение дня. Химический состав рациона питания пожилых людей должен соответствовать возрастным изменениям и функциям органов и систем.

Питание должно быть разнообразным и сбалансированным с содержанием в рационе всех незаменимых пищевых веществ, продукты и готовые блюда должны быть достаточно легко перевариваемыми и способствовать сохранению и улучшению состава кишечной микрофлоры.

Правила рационального питания в пожилом возрасте

Режим питания пожилых людей должен строиться по следующим правилам:

- прием пищи в одно и то же время;
- ограничение приема больших количеств пищи;
- исключение длительных промежутков между приемами пищи;
- оптимальным считается именно четырехразовый рацион, энергетическая ценность которого представлена следующим образом:
 - первый завтрак – 25% от общего числа килокалорий;
 - второй завтрак – 15%;
 - обед – 35%;
 - ужин – 25%.

Для людей пожилого возраста нет «запрещенных» продуктов. Говорится лишь о предпочтении: мясо нежирных сортов, рыба, кисломолочные продукты, творог, сыр, черный хлеб, гречневая и овсяная крупы, подсолнечное или кукурузное масла, овощи (особенно капуста, редька,

красная свекла, морковь), фрукты и бахчевые культуры. Желательно включать в питание новые продукты: морскую капусту, водоросли.

Привычные продукты, такие как хлеб, крупяные и макаронные изделия, рис, картофель, являются важным источником белка, углеводов, клетчатки, минеральных веществ и витаминов (С, фолиевой кислоты, каротиноидов).

Пожилому человеку следует отказаться от пищи, богатой холестерином и насыщенными жирами, или жестко ее ограничить, поскольку эти вещества способствуют ухудшению памяти. Сливочное масло, яйца не исключаются, но их следует ограничить. Например, яйца – до двух-трех штук в неделю.

Рекомендуется заменять мясо и мясные продукты с высоким содержанием жира на бобовые, рыбу, птицу и тощие сорта мяса. Обязательно ограничить сладости, кондитерские изделия, десерты, которые являются источником энергии, но не содержат питательных веществ.

Рекомендуемый объем потребляемой жидкости для пожилых – 1–1,5 л в день. Воду не рекомендуется ограничивать даже людям с сердечной недостаточностью и отеками.

Общее потребление поваренной соли, с учетом ее содержания в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать одной чайной ложки (5 г) в день.

Готовить пищу лучше на пару, отваривать либо запекать. Уменьшить добавление жиров, масел, соли, сахара в процессе приготовления пищи. При приготовлении блюд рекомендуется использовать специи.

Дополнительно к пище рекомендован прием кальция не менее 0,5 г в сутки (потребность 1,5 г в сутки) и витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут длительно.

Рекомендуемое суточное потребление белков, жиров, углеводов и энергии			
Белки, г 61–68	Жиры, г 65–77	Углеводы, г 280–335	Энергия, ккал 1950–2300

Питание пожилых людей должно включать пять групп пищевых продуктов, каждая из которых несет различные питательные вещества

Параметры	Первая группа	Вторая группа	Третья группа	Четвертая группа	Пятая группа
Вид продукта	хлеб, зерновые, картофель	фрукты, овощи	молоко, молочные продукты	мясо, рыба, альтернативы	жиры, жирные и сладкие продукты

Наименование продукта	хлеб, каши, макароны, рис, кукуруза, греча, овес, просо и др.	свежие, мороженные, консервированные	молоко, йогурт, кефир, простокваша	мясо, птица, рыба, яйца, орехи, бобовые, стручковые	масло растительное и сливочное, маргарин, майонез, кремы, бисквит, печенье, пирожные, сладкие напитки
Количество порций	пять порций в день (или больше)	пять порций в день (или больше)	две порции в день	две порции в день	очень немного
Состав	углеводы, крахмал, пищевые волокна, кальций (мало), магний, железо, тиамин (В ₁), ниацин РР	антиоксиданты, витамин С, бета-каротины, фолиевая кислота, пищевые волокна, калий	кальций, белок, витамин А, витамин Е, витамин В и рибофлавин (В ₂)	железо, белок, витамины группы В (особенно В ₁₂), цинк, магний, селен	незаменимые жирные кислоты, немного витаминов А, D, Е, К и сахара

Чтобы ориентироваться в представленной таблице, необходимо знать, что такое порция.

Первая группа продуктов

Для зерновых продуктов (хлеб, каши, макароны) одна порция означает следующее:

- один кусочек хлеба – 30 г;
- 30 г готовой каши, хлопьев, готовых завтраков;
- 1/2 чашки готового риса, гречи, овса или макарон.

Если представить себе пять порций из первой группы продуктов (зерновые, картофель), то это может означать 150 г каши в день, или 90 г каши (три порции) и два кусочка хлеба в день. Можно представить и так: две картошки (120 г) и один кусочек хлеба. Это тот минимум, который может обеспечить организм пищевыми веществами, содержащимися в этой группе продуктов.

Вторая группа продуктов

Для овощей одна порция означает:

- одна чашка свежих листовых овощей;
- 1/2 чашки других овощей – вареных или сырых измельченных.

Для фруктов одна порция означает:

- одно среднее яблоко, один банан, апельсин;
- 1/2 чашки нарезанных, вареных, консервированных фруктов;
- 3/4 чашки фруктового сока.

Пять порций этой группы – это салат, хотя бы один раз в день, овощной гарнир один раз в день и хотя бы одно яблоко в день и компот из фруктов.

Третья группа продуктов

Для молочных продуктов одна порция означает:

- одна чашка молока, кефира или йогурта;
- 45 г натурального сыра (творога);

– 60 г ферментированного (твердого) сыра.

При этом чашка содержит 240 мл жидкости, то есть обычная стандартная чашка. Две порции молочных продуктов – это одна чашка молочнокислого продукта на ночь, утром блюдо творога, каша на молоке.

Четвертая группа продуктов

Для мяса, бобовых, яиц, орехов одна порция означает:

- 60–90 г вареного тощего мяса, птицы или рыбы;
- 1/2 чашки вареных бобов (фасоли, гороха и т.д.);
- 1/3 чашки орехов;
- 30 г (одна унция) яиц (одно яйцо весит без скорлупы около 40–42 г).

Пятая группа продуктов

Употребление продуктов этой группы должно быть ограничено:

- двумя столовыми ложками растительного масла;
- 15–20 г сливочного масла.

Важно следить за водным балансом. Необходимо проконсультироваться с врачом, какой объем жидкости нужен конкретному человеку. Если нет противопоказаний, количество употребляемой жидкости должно быть не менее 1,5–2 л. Под жидкостью подразумевается не только вода, но и соки, компоты, кефир, супы и т.д. С осторожностью стоит относиться к чаю и кофе: они обладают мочегонным эффектом и могут привести к избыточной потере жидкости. С другой стороны, ограничение приема жидкости приводит к раздражению мочевого пузыря, концентрация мочи увеличивается и может усилить недержание мочи.

Информационная часть № 2

Физическая активность и лечебная физкультура

Только с возрастом многие начинают понимать, что движение – это действительно жизнь. Двигательная активность в пожилом возрасте – это как раз то, что продлевает жизнь и укрепляет здоровье.

Снижение физических нагрузок неблагоприятно отражается на здоровье человека:

- развивается слабость скелетных мышц, вплоть до развития их дистрофии, вследствие дряблости мышц расширяются вены;
- происходит перестройка костей, появляется деформация позвоночника, снижается костная масса, развивается остеопороз;
- ослабляется деятельность сердца, снижается сосудистый тонус, уменьшается минутный и ударный объем крови и венозный возврат крови к сердцу, что провоцирует учащение сердечных сокращений и одышку;
- появляется избыточный вес;
- снижается вентиляция легких, ухудшается снабжение крови и тканей кислородом, развивается гипоксия;
- падает работоспособность;

- снижается устойчивость к инфекциям;
- ускоряется процесс старения организма.

Отсутствие физических нагрузок в пожилом возрасте дополнительно вызывает:

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

Чем меньше двигательная активность человека, тем быстрее наступают в его организме изменения, характерные для периода старости. Необходимо так планировать день пожилого пациента, чтобы физические упражнения были его неотъемлемой частью. Подобрать физические нагрузки в соответствии с состоянием здоровья и физической подготовленностью.

Пациенту нужно составить индивидуальный комплекс упражнений и стараться его не менять. Выполнять только те упражнения, которые не вызывают боли.

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

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

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

Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, нужно делать упражнения, соответствующие их возможностям и состоянию здоровья. Небольшая физическая активность лучше, чем ее полное отсутствие. При наличии ограничений движения в суставах вследствие остеоартроза или остеопороза – ходьба с использованием вспомогательных средств (трости, ходунки).

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

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

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

Активная часть. Освоение практических навыков:

- составление примерного меню для маломобильных граждан;
- определение объема порций основных пищевых продуктов, входящих в меню;
- освоение дыхательных упражнений и суставной гимнастики для лежачего и маломобильного пациента.

Приложение к модулю 3

Энергетическая ценность 100 г съедобной части продуктов

Энергоценность, ккал	Продукты
Очень большая (450–900)	Масло (растительное, топленое, сливочное), шоколад, орехи, пирожные с кремом, халва, свинина жирная, колбаса и грудинка сырокопченые, конфеты шоколадные, печенье сдобное
Большая (200–449)	Сливки, сметана (20% и более жирности), творог жирный, сыр, мороженое пломбир, свинина мясная, колбасы вареные, сардельки, сосиски, сельдь жирная, утки, гуси, семга, сайра, икра рыб, крупы, хлеб, макаронные изделия, сахар, варенье, мед, конфеты помадные, ирис, мармелад
Умеренная (100–199)	Творог полужирный, мороженое молочное, говядина, баранина, мясо кролика, курицы, яйца, сардины, судак, ставрида, скумбрия, дальневосточная сельдь нежирная
Малая (30–99)	Молоко, кефир, творог нежирный, треска, хек, карп, камбала, щука, фрукты, ягоды, картофель, свекла, морковь, зеленый горошек
Очень малая (менее 30)	Капуста белокочанная, репа, редис, салат, кабачки, помидоры, перец сладкий, тыква, клюква, свежие грибы

Описание комплекса суставной гимнастики:

- сожмите и разожмите пальцы рук;
- сожмите кисти в мягкий кулак и поворачивайте кулаками несколько раз к себе и несколько раз от себя. Попробуйте повторить вращения сначала в удобном для вас темпе, затем в убыстренном и замедленном темпах. В конце упражнения потрясите кистями, как будто стряхиваете капельки воды;

- затем вращайте предплечьями: кисти как будто описывают круг вокруг локтя (важно следить за тем, чтобы плечи не двигались и были параллельно полу). Это работа локтевого сустава. Вращение повторяйте в трех темпах (нормальном для вас, убыстренном и замедленном). К концу упражнения легко потрясите руками, сбрасывая напряжение. Сделайте легкие похлопывающие движения по рукам сверху вниз – от плечей к кистям;

- опустите руки и вращайте выпрямленной рукой вперед несколько раз, затем назад. Можно делать вращения обеими руками, как будто вы плывете брасом, можно поочередно: сначала одной рукой, потом – другой. В этом упражнении тренируется плечевой сустав;

- медленно вращайте тазом: сначала в одну сторону, затем – в другую;

- поставьте ноги чуть шире плеч, колени полусогнуты, ладони положите на коленные чашечки. Стопы должны стоять параллельно, носки слегка повернуты внутрь. Держите спину ровно, голову не опускайте, взгляд направлен перед собой. Совершайте круговые движения коленями – сначала по 10 раз внутрь, затем столько же наружу (руки, лежащие на коленях, помогают вращению). В конце каждого кругового движения колени разгибаются полностью;

- поворачивайте ступнями (это упражнение можно делать сидя, лежа или даже стоя на одной ноге);

- потянитесь, сделайте глубокий вдох и выдох. При вдохе представляйте, что вы вдыхаете чистый воздух, который питает вас жизненной силой, радостью, здоровьем.

Не забывайте и о мышцах глаз:

- крепко зажмурьтесь на две секунды;

- быстро поморгайте в течение минуты;

- посмотрите вверх, вниз, влево, вправо (дважды);

- сделайте круговые вращения глазами вправо и влево;

- закройте глаза на три секунды;

- откройте глаза.

Тема занятия: Методы контроля за состоянием здоровья маломобильных граждан. Простые медицинские манипуляции.

Форма организации занятия: семинар-тренинг.

Цели занятия: информирование слушателей о некоторых параметрах функционального состояния организма, методах контроля за состоянием здоровья; правилах измерения артериального давления, пульса, температуры тела, суточного диуреза.

После занятия **слушатели должны знать** нормативы артериального давления, пульса, суточного диуреза, температуры тела.

После занятия **слушатели должны уметь** измерить температуру тела, артериальное давление, суточный диурез, подсчитать пульс.

Структура занятия:

1	Приветствие. Описание цели и структуры занятия. Введение	5 мин
2	Информационная часть. Некоторые параметры функционального состояния организма, методы контроля за состоянием здоровья: правила измерения артериального давления, пульса, числа дыхательных движений, измерение температуры тела, суточного диуреза. Простые физиотерапевтические процедуры	20 мин
3	Активная часть. Освоение практических навыков участников на пациентах – измерение АД, пульса, дыхания, температуры тела. Освоение наложения компресса, горчичников	30 мин
4	Подведение итогов занятия, анкетирование	5 мин

Информационная часть

Оценка некоторых параметров функционального состояния организма человека с функциональными нарушениями.

Простые физиопроцедуры в домашних условиях

Каждый ухаживающий за людьми пожилого возраста и другими лицами, нуждающимися в постороннем уходе (особенно на дому), должен уметь измерить артериальное давление, чтобы предотвратить ухудшение состояния здоровья.

Артериальное (кровенное) давление (АД) – это сила, с которой кровь оказывает давление на стенки крупных сосудов (артерий). Давление в фазу сокращения сердца называется систолическим, оно обусловлено силой, с которой сердце выбрасывает кровь в крупные артерии, его еще называют верхним. Давление в фазу расслабления сердца называется диастолическим

(нижнее давление), оно обусловлено силой давления крови на стенку артерий.

АД измеряется в миллиметрах ртутного столба и записывается в виде двух цифр (например: 120/80 мм. рт. ст.). АД является физиологической величиной, оно подвержено колебаниям, которые зависят от многих факторов: погодных условий, физической нагрузки, психологического состояния человека и т.д. Даже у людей, не имеющих проблем со здоровьем, уровень АД изменяется в течение дня. У здорового человека это повышение является кратковременным, и АД быстро возвращается к исходному уровню. Нормальные показатели АД для взрослых составляют: систолическое – от 110 до 139 мм рт. ст., диастолическое – от 60 до 89 мм рт. ст.

Неоднократное и стойкое повышение АД от 140/90 мм. рт. ст. и выше – это уже артериальная гипертония. Причем повышаться может только систолическое или только диастолическое АД либо и то и другое. АД ниже 110/60 мм рт. ст. считается гипотонией.

Статистика показывает, что артериальная гипертония в большинстве стран, в том числе и в России, встречается одинаково часто (около 40% взрослого населения). У пожилых людей артериальная гипертония встречается в 70–80% случаев, т.е. почти у всех.

Постоянно повышенный уровень АД заставляет сердце работать с большей нагрузкой, что приводит к увеличению мышечной массы сердца. Артерии сердца (коронарные артерии) не могут обеспечить кислородом увеличившееся сердце, в результате возникает кислородное голодание (ишемия), которая может привести к инфаркту миокарда, в том числе со смертельным исходом. У людей, перенесших инфаркт миокарда, зачастую снижается сократительная функция сердца (развивается сердечная недостаточность).

Стойкое повышение тонуса артерий вследствие повышенного давления ведет к изменению строения внутреннего слоя стенки артерий, что вызывает отложение жировых (холестериновых) бляшек и развитие атеросклероза. Этому способствует также неправильное питание и снижение физической активности. Атеросклероз, в свою очередь, является одной из основных причин инфаркта миокарда и инсульта.

У пожилых людей старше 80 лет систолическое АД считается оптимальным в диапазоне 130–150 мм рт. ст. в связи с развитием атеросклероза сосудов мозга, поскольку более низкое давление может ухудшить мозговое кровообращение. Дело в том, что для пожилых людей, у которых есть атеросклероз сосудов мозга, повышение АД может являться компенсаторным механизмом, обеспечивающим кровоснабжение мозга. У очень пожилых людей старше 80 лет нежелательно допускать снижения систолического АД менее 130 мм рт. ст., тем более резкого или значительного падения АД, так как это может вызвать ишемию мозга и стать причиной развития ишемического инсульта.

Ухаживающий за пожилым человеком социальный работник или родственник должен уметь не только правильно измерить АД, но и оценить его – насколько адекватным являются значения АД для его подопечного.

Ученые из Великобритании, проанализировав 46 тысяч карт пожилых людей, выявили, что уровень АД у людей старческого возраста постепенно начинает снижаться за три года до смерти и, по-видимому, является индикатором старения сердечно-сосудистой системы². Снижение АД вызывает нарушение кровоснабжения жизненно важных органов, прежде всего головного мозга и почек, и прогрессированием физических и функциональных расстройств.

В пожилом возрасте учащаются случаи так называемой ортостатической гипотонии. Ортостатическая гипотония – это снижение АД на 20/10 и более мм рт. ст. при вставании с постели и переходе в вертикальное положение у пациентов с нормальным АД или снижение АД на 30/10 мм рт. ст. у пациентов с повышенным давлением в положении лежа. Ортостатическая гипотония у пожилых является одним из факторов риска падений, сердечно-сосудистых осложнений и приближающейся смерти.

Для оценки ортостатической реакции АД у пожилых пациентов рекомендуется выполнять измерение АД и пульса после пребывания не менее семи минут в положении лежа и через одну, две и три минуты после перехода в вертикальное положение.

Измерение АД должно осуществляться по определенным правилам, поскольку при их несоблюдении можно получить неверные результаты измерений, что ведет к неправильной тактике по отношению к пациенту.

Пульс (частота сердечных сокращений) характеризует работу не только сердца, но и состояние сосудов и является собой периодические колебания стенок артерий, связанные с изменениями артериального давления в течение сердечного цикла.

Артериальный пульс подразделяется на центральный и периферический. Центральный пульс легче всего определить на сонных (на шее рядом с вертикально расположенной мышцей) и височных артериях. Отсутствие центрального пульса означает клиническую смерть. Периферический пульс определяется на периферических артериях, чаще на лучевой (на нижней части предплечья со стороны ладони), его характер зависит от разных условий, чаще от АД. При систолическом АД 70 мм рт. ст. и ниже периферический пульс может не определяться, в этом случае необходимо немедленно найти и оценить центральный пульс.



² <https://lenta.ru/news/2017/12/05/death>.

Частота дыхательных движений (ЧДД). В норме ЧДД взрослого человека в состоянии покоя составляет 16–20 в минуту. Дыхание должно быть ритмичным.

Учащение ЧДД бывает при высокой температуре, пневмонии, сердечной недостаточности. Урежение ЧДД является тревожным симптомом, за которым может последовать полное отсутствие дыхательных движений (апноэ). Апноэ может быть произвольным, когда пациент сам задерживает дыхание, и патологическим (во время клинической смерти). Если это происходит внезапно, неожиданно, показано проведение искусственного дыхания.

Температура тела. Повышение температуры тела называется лихорадкой. Она возникает чаще всего при вирусной инфекции и является показателем защиты организма в ответ на внешние патогенные воздействия. Организм вырабатывает интерферон и целый ряд других защитных факторов, образование которых может происходить только при лихорадке. При нормальной температуре тела этот процесс прекращается.

Однако не при каждом заболевании лихорадка, особенно острая и высокая, полезна организму. Часто она оказывает отрицательное влияние. Поэтому бывает необходимо применение жаропонижающих средств, но это должно быть в каждом случае согласовано с врачом.

При лихорадке нарушаются все виды обмена веществ. Увеличивается количество токсических продуктов (азота), выводимых с мочой, повышается содержание сахара в крови, усиливается жировой обмен, нарушается водно-солевой баланс. Повышение температуры на 1 °С сопровождается ускорением ритма сердца на 10 ударов. Дыхание при лихорадке учащается параллельно повышению ритма сердечных сокращений и температуры тела.

Лихорадка возникает не только в ответ на инфекцию, но бывает и неинфекционной. Последняя возникает при всасывании продуктов распада поврежденных тканей (кровоизлияние, введение в организм чужеродного белка, повреждение центральной нервной системы, отравление). Показания температуры не выше 38 °С называется субфебрильной, от 38 до 39 °С – фебрильной. Лихорадка выше 39 °С у пожилых людей уже может быть угрожающей для жизни, и это требует срочной медицинской врачебной помощи.

Физиотерапевтические процедуры на дому. Простые процедуры в домашних условиях для уменьшения местного воспаления, болей в суставах и позвоночнике широко применяются в бытовой практике и относятся к категории физиотерапевтических процедур.

Физиотерапией называют воздействие на организм с лечебной целью различными природными физическими факторами: водой, теплом, холодом, светом, электричеством, ультразвуком и пр. Лечебный эффект многих простейших физиотерапевтических процедур объясняется прежде всего наличием тесной нервно-рефлекторной связи между внутренними органами и отдельными участками кожи, имеющими общую иннервацию. Оказывая

сильное раздражающее действие на периферические кожные рецепторы этих зон, физические факторы рефлекторно могут изменять интенсивность кровообращения и обменных процессов.

Компресс – это лечебная многослойная повязка. Наиболее часто применяют согревающий (местный) компресс как отвлекающее и рассасывающее средство.

Показания:

- инфильтраты (уплотнение, отек) в коже и подкожной клетчатке;
- хронические заболевания суставов и связок;
- хронический отит, тонзиллит.

Противопоказания:

- нарушения целостности кожи;
- нагноительные кожные заболевания (фурункулез, пиодермия);
- геморрагии (кровоизлияния).

Горчичники. Лечебный эффект горчичников обусловлен преимущественно влиянием на кожу эфирного горчичного масла, которое входит в состав горчицы и выделяется из нее при температуре 40–45 °С. Оказывая раздражающее действие на кожу, эфирное горчичное масло вызывает расширение ее сосудов, прилив крови к соответствующему участку кожи и рефлекторное расширение кровеносных сосудов в более глубоко расположенных тканях и органах. Кроме того, горчичники обладают болеутоляющим и отвлекающим свойством.

Использование индивидуальных физиотерапевтических аппаратов.

Из числа физиотерапевтического оборудования, используемого как в медицинских учреждениях, так и в домашних условиях, хорошо зарекомендовали себя приборы АЛМАГ (воздействие магнитного поля) и ДЭНАС (рефлекторное воздействие на кожу слабых электрических токов). Применение таких приборов в уходе возможно после консультации с лечащим врачом.

Активная часть. Освоение практических навыков:

- измерение АД;
- исследование периферического и центрального пульсов;
- измерение температуры тела;
- определение частоты дыхательных движений;
- постановка горчичников;
- наложение компресса.

Измерение АД

Измерение производится в положении сидя с опорой на спинку стула на расслабленной руке, освобожденной от сдавливающей одежды и расположенной на горизонтальной поверхности. Локтевая ямка должна находиться на уровне сердца. Используется манжета соответствующего размера (охват не менее 40% окружности и не менее 80% длины плеча), нижний край манжеты – на 2,5 см выше локтевой ямки. Между манжетой и поверхностью плеча должен проходить палец.

Удобнее и более точно проводится измерение АД электронным тонометром, на дисплее которого показывается не только уровень систолического и диастолического АД, но и частоты сердечных сокращений

Если измерение производится с помощью мембранного тонометра, нужно определить место пульсации артерии ниже манжеты и плотно, но без давления установить на это место мембрану фонендоскопа. Затем быстро накачать воздух в манжету примерно до исчезновения звуков пульса, после чего поднять давление еще на 20–30 мм рт. ст. Далее медленно снижать давление в манжете, выслушивая и фиксируя моменты появления тонов (фаза I тонов Короткова) = систолическое АД и исчезновения тонов (фаза V тонов Короткова) = диастолическое АД. Рекомендуется произвести измерение дважды с интервалом не менее одной-трех минут и рассчитать среднее значение АД.

Определение пульса

Определение проводят с помощью секундомера, листа бумаги, ручки. Кисти рук пациента нужно расположить на уровне сердца и охватить их своими руками так, чтобы I палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а II–V пальцы – на лучевой артерии в области лучезапястного сустава. Далее нащупывается и прижимается к лучевой кости лучевая артерия. Определяется ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями). Подсчитывается частота пульса (при ритмичном пульсе – в течение 30 секунд, результат умножается на два; при аритмичном пульсе – в течение одной минуты).

Определение частоты дыхания

Одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Для подсчета числа дыхательных движений удобнее положить ладонь на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или на верхнюю часть живота (при брюшном типе дыхания). Подсчитывается число дыханий за одну минуту.

Измерение температуры тела

Обычно температуру тела измеряют два раза в день: утром натощак (с семи до девяти часов) и вечером перед последним приемом пищи (17–19 часов). При необходимости – по назначению врача – температуру измеряют через каждые два-три часа. Разница между утренней и вечерней температурами составляет 0,3–0,5 °С. Место измерения температуры: подмышечная впадина (36–37 °С в норме), полость рта (под языком), прямая кишка. В полости рта и прямой кишке температура выше на 0,5–0,8 °С.

При измерении в подмышечной впадине необходимо точно вложить в нее термометр. Она должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды.

При измерении температуры в прямой кишке человек лежит на боку или спине, а термометр смазывают, вводят вращающим движением в прямую кишку и удерживают рукой.

Наложение компресса

Компресс состоит из трех слоев:

- кусок ткани, сложенный в несколько слоев, смачивают в растворе для компресса комнатной температуры (18–20 °С), отжимают и прикладывают к коже;

- клеенка или вошенная бумага (больше влажного слоя на два-три сантиметра);

- слой ваты еще большей площади.

Все три слоя прикрепляют бинтом. Если компресс наложен правильно, влажность сохраняется шесть-восемь часов. Можно оставить на ночь. После снятия компресса кожу следует протереть спиртом.

Растворами для компресса могут быть теплая вода, слабый раствор уксуса (одна чайная ложка на 0,5 л воды), водка, одеколон или спирт, разбавленный водой (1:2), 3% раствор соды, вазелиновое, камфорное или растительное масла с этиловым спиртом в разведении 1:1, меновазин, медицинская желчь.

Если появилась сыпь, кожу присыпают тальком или пудрой. Если после наложения компресса пациент чувствует озноб, значит, компресс наложен неправильно, клеенка или вата не полностью прикрывают марлю или компресс плохо прибинтован. В этих случаях наружный воздух и вода проникают между компрессом и кожей и, усиленно испаряясь, вызывают не согревание, а охлаждение кожи. Поэтому компресс нужно накладывать аккуратно, соблюдая все правила.

Проверить правильность наложения компресса можно через один-два часа, подсунув под повязку палец: если внутренний слой влажный, значит, компресс наложен правильно.

Компресс горячий вызывает прилив крови к месту применения и рефлекторно может дать болеутоляющий эффект.

Техника применения: сложенную в несколько слоев салфетку смачивают в горячей воде (50–60 °С), отжимают и прикладывают к телу, покрывают сверху клеенкой и толстой, лучше шерстяной тканью. Можно прикрепить бинтом, но слегка, так как через каждые 5–10 минут компресс нужно менять.

Модуль 5

Тема занятия: Психологическая помощь и коммуникация с пациентом. Профилактика старческой деменции.

Форма организации занятия: семинар-тренинг.

Цели занятия: информирование слушателей об особенностях психологического состояния пожилого человека, о признаках нарушения когнитивных функций и проявлений деменции, дать рекомендации по коммуникации с пожилыми пациентами.

После занятия **слушатели должны знать** признаки нарушения когнитивных функций, симптомы деменции.

После занятия **слушатели должны уметь** владеть навыками коммуникации с пожилыми пациентами, проводить когнитивный тренинг.

Оснащение: набор упражнений для улучшения памяти и внимания.

Структура занятия:

1	Приветствие. Описание цели и структуры занятия. Введение.	5 мин
2	Информационная часть. Особенности психологического состояния пожилого пациента. Нарушения когнитивных функций и их профилактика. Проявления старческой деменции	20 мин
3	Активная часть. Особенности коммуникации с пожилыми пациентами с нарушениями когнитивных функций. Когнитивный тренинг	30 мин
4	Подведение итогов занятия, анкетирование	5 мин



Информационная часть

Человек, который болеет в течение длительного времени, потерявший способность к самообслуживанию, находится в состоянии стресса, часто начинает чувствовать себя

обузой для близких. Восстановительные процессы, как правило, затягиваются, что создает иллюзию бессмысленности жизни. Человек попадает в отчаяние, у него развивается депрессивное состояние, что не способствует выздоровлению. Важно, чтобы в этот момент человек не остался в одиночестве без психологической помощи и поддержки специалистов.

Основная задача такой помощи заключается в создании мотивации у пациента к действию исходя из его собственных возможностей, остаточных ресурсов организма.

Препятствием на пути к выздоровлению является жалость к себе. Пожилые люди склонны жалеть себя, и это мешает им следовать плану лечения. Чтобы ободрить пациента, нужно ознакомить его с положительными примерами выздоровления других людей после перенесенного аналогичного заболевания.

Психологическая помощь пожилым людям предполагает смещение фокуса внимания с мнения о том, что «старость – не радость», на позитивное понимание этого периода жизни. Пенсионер должен понимать, что преклонный возраст прекрасен, как и любой другой жизненный этап, и психологическая помощь позволяет по-новому взглянуть на себя и окружающий мир.

Однако работа с престарелыми – сложное дело, ведь многие пациенты являются «жалобщиками», которые не готовы признавать ответственность за свое текущее положение. Кроме того, они не желают действовать, чтобы решать свои проблемы. Как правило, мнение пенсионера очень категорично и безапелляционно. Его мир наполнен сформированными нормами, идеями, концепциями, которые он не желает пересматривать. Пожилые люди не могут менять свои убеждения, мыслить гибко. Они не собираются изменять свое поведение, мышление, восприятие себя и мира.

Психологическая помощь пожилым людям осложняется еще и тем, что они склонны жить прошлым, сравнивая текущую ситуацию с той, что осталась у них в воспоминаниях. Пожилые люди довольно жестки в своих суждениях. По этой причине психологическая им не всегда оказывается эффективной.

Профилактика старческой деменции. Деменция – потеря имевшихся ранее интеллектуальных способностей (памяти, рассудительности, абстрактного мышления, других высших корковых функций). Ведущим признаком является нарушение памяти, но, как правило, нарушается и речь,

восприятие, коммуникация, ориентация в пространстве. Деменцией страдают 3–11% людей старше 65 лет, проживающих в обычных условиях.



До 70% пожилых людей отмечают у себя снижение памяти по сравнению с людьми молодого или среднего возраста. Это объясняется уменьшением числа нейронов – клеток вещества головного мозга, а также тем, что практически у всех граждан старше 65 лет определяются атеросклеротические поражения мозговых сосудов.

На первых этапах снижение памяти воспринимается как забывчивость. Если вовремя не привлечь внимание к этой проблеме, имеется риск постепенного формирования деменции. К методам профилактики когнитивных нарушений относятся: диета, обогащенная природными веществами, обладающими способностью связывать накопленные вредные продукты обмена веществ (антиоксиданты), систематические тренинги по тренировке памяти и внимания и рациональные физические упражнения.

Природными антиоксидантами являются витамины С и Е, которые содержатся в цитрусовых, растительных маслах, морепродуктах, сибирских ягодах и других продуктах питания. Известно, что люди, которые занимаются напряженным интеллектуальным трудом, менее подвержены когнитивным нарушениям и деменции.

Всем пожилым, как и лицам с негрубыми нарушениями когнитивных функций, показаны систематические упражнения по тренировке памяти и внимания (когнитивный тренинг). Программы тренировки памяти включают упражнения на запоминание и воспроизведение, развитие способности поддерживать надлежащий уровень внимания, активное включение эмоциональной поддержки (как известно, эмоционально окрашенная информация запоминается лучше) и воображения. Эффективность систематической тренировки памяти и внимания доказана у пациентов с легкой деменцией, а также при умеренных когнитивных нарушениях.

Примером упражнений для улучшения памяти и внимания является упражнение «Вековая мудрость» с заданием – закончить пословицы и поговорки; упражнение «Двенадцать месяцев» – написать названия месяцев в той последовательности, в которой они приходят, либо написать их в обратном порядке и сгруппировать по временам года (приложение к модулю 5).

Некоторые рекомендации для родственников и близких людей при выраженных особенностях поведения людей с ограниченными функциональными возможностями

Особенность поведения подопечных	Рекомендации близким
Трудности концентрации внимания	Быть кратким, повторять сказанное

Раздражительность, гнев или, наоборот, слезливость, плаксивость	Сохранять стабильное эмоциональное состояние, не вступать в спор, не обострять дискуссию
Неадекватные суждения, высказывания, бредовые убеждения	Переводить тему, не рассчитывать на рациональное обсуждение, не пытаться переубедить, не спорить, но и не поддерживать бредовые высказывания
Мало сочувствия к другим, эмоциональная холодность	Относиться как симптому болезни (то есть не винить за холодность)
Замкнутость	Начинать разговор первому, пытаться вовлечь в общение
Страх	Сохранять спокойствие самому, постараться успокоить пожилого человека
Неуверенность в себе	Относиться с пониманием к тому, что пожилой человек забывает, дезориентирован, не знает, что надо делать и что происходит, где он, сколько времени и что нужно сейчас делать

При работе с пожилыми маломобильными и немобильными гражданами целесообразно использовать метод стратегического планирования, включающего этапы:

- постановка цели (преодоление болезни, достижение автономности в самообслуживании и т.п.);
- разделение объема работы для достижения цели на отдельные шаги.

Пример: научиться самостоятельно поворачиваться в постели за месяц. В первые пять дней научиться двигать руками, в последующие – приподниматься и т.д.



Профилактика синдрома эмоционального выгорания при уходе за пожилыми людьми

Семейный уход за пожилыми людьми, у многих из которых хронические и часто неизлечимые заболевания, имеет риск в отношении здоровья и самочувствия самих помощников. Это тяжелое испытание, продолжительный стресс, который может привести к эмоциональному

истощению, постоянному чувству усталости, притуплению сочувствия и развитию так называемого синдрома эмоционального выгорания.

Чтобы предупредить развитие такого неблагоприятного исхода, нужно правильно его организовать. Прежде всего поделить обязанности между родственниками и социальными работниками, насколько это возможно. Близкий родственник, ухаживающий за пожилым человеком, не всегда готов пригласить сиделку или «напрячь» других родственников и всё свое личное время отдает уходу за подопечным. Однако личное время – это не эгоизм, а право на жизнь и получение удовольствия от бытия.

У каждого члена семьи, в том числе и взявшего на себя бремя основного ухода, должна быть возможность получения положительных эмоций: занятий любимым делом, посещения театра или концерта, общения с природой. Не менее важным является правильное питание и физические нагрузки, а также общение на темы, не касающиеся ухода (о детях, любви, садоводстве, об искусстве и т.д.).

В процессе групповых занятий по уходу за своими престарелыми и маломобильными родственниками слушатели могут обмениваться опытом и своим отношением к сложившейся ситуации. Это очень важно для преодоления трудностей, связанных с болезнью близких людей.

Активная часть. Освоение практических навыков (когнитивный тренинг):

- упражнение для памяти и внимания «Вековая мудрость» – закончить пословицы и поговорки (см. приложение к модулю 5);
- упражнение для памяти и внимания «Двенадцать месяцев» – написать названия месяцев в той последовательности, в которой они приходят, либо в обратном порядке и сгруппировать по временам года;
- разгадывание кроссвордов вместе с подопечным;
- просмотр и обсуждение видеofilмов вместе с подопечным.

Приложение к модулю 5

Рекомендации родственникам по вовлечению пациента в посильную деятельность

Важно вовлекать пациента в посильную деятельность, создавая и поддерживая ощущение его нужности и важности. Например, можно попросить перебрать фасоль (двух цветов – красную и белую), взбить яйца с сахаром, разложить ложки и вилки, вытереть пыль или посчитать количество гвоздей в коробке. Пусть вам это не нужно или вы сделаете всё сами намного быстрее, но это нужно для самого подопечного и поддержания его ощущения самооценности.

Необходимо чаще общаться с подопечным, вовлекать его в диалог, просить рассказать что-то (о прошлом, молодости – как правило, память об этом сохраняется дольше и лучше, чем о недавних или текущих событиях). Очень важно, чтобы пациент не был исключен из общения.

Полезно рассматривать вместе фотографии, прося назвать изображенных там родственников и рассказать про них что-то. Это активизирует память, позитивные эмоции, ощущение общности и семейных связей.

Предложите вместе порисовать (подойдет что угодно – карандаши, фломастеры, пальчиковые краски). Хорошо, если есть внуки, которые могут попросить помочь дедушке или бабушке с рисованием или раскрашиванием картинок.

Можно вместе играть в лото, домино, простые карточные игры (желательно дать пациенту выиграть).

Предложить поочередно называть всех животных (диких и домашних), которых помнят участники (например, внуки). Можно помогать, задавая наводящие вопросы: «Кто дает молоко?», «А еще кто?». После этого можно называть все овощи, фрукты, ягоды, профессии, предметы в комнате, предметы одежды, мебель, деревья, птиц, предметы на букву «А» (и далее по алфавиту), женские/мужские имена на букву «А» и далее и т.д. Данное упражнение направлено не только на активацию речи, но и памяти, мышления.

Играть в слова, когда последняя буква названного слова является началом для следующего.

Все эти занятия активируют сразу несколько психических процессов, обеспечивают пациенту достаточный уровень активации и вовлекают в социальную ситуацию общения, что очень важно.

Можно просить пациента почитать вслух (стихи, небольшие рассказы на интересные темы) или самим читать ему. Потом можно обсудить прочитанное. Хорошо вместе слушать музыку, которая нравится пациенту. Или вместе петь песни (одновременно осуществляется тренировка памяти).

Стоит попытаться вместе делать легкую зарядку, включая в нее доступные упражнения (осторожные повороты головы, поднятие рук, сжатие рук в кулаки и их разжимание, поглаживание себя по плечам, поочередное поднятие ног в положении сидя и т.д.).

Если это сложно, можно делать легкие ритмичные движения под музыку с учетом физического состояния пациента, в зависимости от его настроения. Важно, чтобы занятия не утомляли подопечного (достаточно 20–30 минут), были интересными (поэтому дается много разных вариантов) и вызвали позитивные эмоции (желательно заканчивать занятие на ситуации успеха пациента – выиграл, правильно ответил и т.д.).

Пример упражнений для улучшения памяти и внимания

Упражнение «Вековая мудрость»

Задание: закончить пословицы и поговорки:

1. Без труда.....
2. В тихом омуте
3. Поспешишь –
4. Знал бы, где упасть
5. Как запряжешь.....
6. Каждый сам кузнец.....
7. Много шума.....
8. Дурная голова.....
9. Кто рано встает.....
10. Куй железо.....
11. Лучше поздно.....
12. Не рой другому.....
13. Подальше положишь.....
14. Коней на переправе.....
15. Нашла коса.....
16. Как аукнется.....
17. В здоровом теле.....
18. Седина в бороду.....
19. Не было бы счастья.....
20. Утопающий хватается.....

Упражнение «Двенадцать месяцев»

Напишите названия месяцев в той последовательности, в которой они приходят. Если задание кажется вам слишком легким, напишите их в обратном порядке и сгруппируйте по временам года.

Список литературы

1. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года : распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 года № 164-р. URL: <http://government.ru/docs/21692>.
3. Перечень поручений Президента Российской Федерации от 15 мая 2018 года № Пр-817ГС.
4. Абрамова Г.С. Возрастная психология : Учебное пособие для студентов вузов.- 4-е изд.- М.: Академический Проект, 2003.
5. Брунова С.Н., Лебедева Л.А. Когнитивные нарушения пожилого и старческого возраста (курс лекций для населения) // Международный студенческий научный вестник – 2015, №6.
6. Ильницкий А.Н., Архипов И.В., Прощаев К.И. Пожилой человек и социальная служба : методические рекомендации – Москва, 2014.
7. Кононова Л.И., Миронова А.С. и др. Выявление и особенности ведения пациентов с синдромом старческой астении//Методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения–Красноярск, 2017, 50 с.
8. Кононова Л.И., Рязанова Е.В. и др. Школа активного долголетия //методические рекомендации по групповому профилактическому консультированию граждан пожилого возраста – Красноярск, 2017, 67 с.
9. Мычко О.В. Паллиативная помощь // Медико-социальная помощь на дому : пособие для медицинских сестер милосердия / БОКК; под ред. д-ра мед. наук, проф. В.П. Сытого. – Минск : Белсэнс, 2011.
10. Нечитайло И.Н. «Хоспис на дому» как социальная технология // Инновационная наука. – 2016. – № 4.
11. Обучение навыкам ухода : учебно-методическое пособие для преподавателей. – Екатеринбург, 2011. – 180 с.
12. Основы ухода на дому : пособие для волонтеров службы сестер милосердия / БОКК. – Минск : Белсэнс, 2011. – 125 с., ил.
13. Сытый В.П. Старение человека. Особенности оказания медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста / В.П. Сытый, С.В. Барковская // Медико-социальная помощь на дому : пособие для медицинских сестер милосердия / БОКК; под ред. д-ра мед. наук, проф. В.П. Сытого. – Минск : Белсэнс, 2011. – С. 144–169; С. 178–210.
14. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В. Лечение артериальной гипертонии у пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении(экспертное мнение и клинические рекомендации) – Москва, 2016.
15. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М. : Человек, 2018. – 224 с., ил.

16. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми : учебно-методическое пособие. – М., 2009. – 67 с.

17. Энциклопедия социальных практик поддержки пожилых людей в Российской Федерации / под ред. проф. Е.И. Холостовой, проф. Г.И. Климантовой. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2015. – 552 с.

**Положение
о школе ухода за гражданами с функциональными нарушениями
в условиях стационарного и надомного социального обслуживания**

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии:

- с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442 «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»;
- с Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Постановлением Правительства Красноярского края от 17.12.2014 № 600-п (ред. от 20.06.2017) «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг, и Порядка предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг».

1.2. Настоящее Положение определяет порядок и регулирует деятельность школы ухода за гражданами с функциональными нарушениями в условиях стационарного и надомного социального обслуживания» (далее – Школа ухода).

1.3. Школа ухода не является самостоятельным структурным подразделением учреждения социального обслуживания и организуется на функциональной основе в составе отделения социальной реабилитации, отделения социального обслуживания на дому.

1.4. В своей деятельности Школа ухода руководствуется Уставом учреждения социального обслуживания, Положением о структурном подразделении, в составе которого она организуется, и настоящим Положением.

1.5. Школа ухода создается и ликвидируется приказом директора учреждения социального обслуживания.

1.6. Услуги по обучению навыкам общего ухода за гражданами с функциональными нарушениями предоставляются на бесплатной основе социальным работникам, родственникам, добровольцам и другим лицам, осуществляющим уход на дому и в учреждениях социального обслуживания.

1.7. Информация о Школе ухода размещается на информационных стендах учреждения социального обслуживания, в информационно-телекоммуникационных сетях общего пользования (в том числе в сети Интернет), средствах массовой информации.

2. Цель и задачи Школы ухода

2.1. Целью создания Школы ухода является совершенствование системы надомного и стационарного обслуживания маломобильных и немобильных граждан пожилого и старческого возраста, инвалидов для улучшения их самочувствия, способности к самообслуживанию и адаптации к изменившимся условиям проживания и повышение качества жизни.

2.2. Задачи Школы ухода:

– обучение социальных работников, младшего медицинского персонала, других лиц, осуществляющих уход за гражданами с дефицитом самообслуживания, приемам и навыкам ухода в домашних условиях и учреждениях социального обслуживания;

– консультирование родственников, других лиц, осуществляющих уход, по индивидуальным вопросам ухода на дому и в учреждениях социального обслуживания;

– методическое сопровождение групп взаимопомощи лиц с функциональными нарушениями и их родственников.

3. Порядок организации Школы ухода

3.1. Организация занятий в Школе ухода возлагается на руководителя подразделения учреждения социального обслуживания, в состав которого она входит.

3.2. К проведению занятий могут привлекаться специалисты лечебно-профилактических учреждений и медицинских учебных заведений системы здравоохранения и образования.

3.3. Обучение в Школе ухода предусматривает индивидуальные и групповые занятия. Численный состав участников группы – от 5 до 10 человек.

3.4. Продолжительность обучения в Школе ухода – от 4 до 16 дней. Периодичность занятий – два-четыре раза в неделю, продолжительность занятия – один час.

3.5. Обучение проводится в соответствии с учебно-тематическим планом и расписанием занятий, утвержденными директором учреждения социального обслуживания.

3.6. Курс обучения включает изучение теоретических основ и практическое освоение навыков ухода за гражданами с функциональными нарушениями и дефицитом самообслуживания и передвижения.

3.7. В обязанности руководителя структурного подразделения учреждения социального обслуживания, в состав которого входит Школа ухода, входит организация работы, ведение журнала, составление отчета (квартал, год), анализ результативности деятельности.

4. Контроль за исполнением работы

4.1. Контроль за организацией работы по обучению и ведению отчетной документации проводится комиссией, созданной из представителей учреждения социального обслуживания, здравоохранения, обучающихся, не реже одного раза в год с проведением опроса после обучения по разработанной анкете и формулированием вывода по оценке эффективности работы школы.

Уважаемый слушатель!

По итогам проведения занятий школы ухода просим Вас заполнить анкету.
Она необходима для анализа результатов занятий и повышения их эффективности

АНКЕТА

Дата анкетирования: « _____ » _____ 201__ г.

Название модуля _____

Ф.И.О. _____

Категория слушателя:

специалист учреждения социального обслуживания (указать должность) _____

член семьи (указать степень родства) _____

волонтер _____

другое _____

1. Из каких источников Вы узнали о работе школы по уходу за тяжелобольными гражданами? (нужное отметить галочкой)

- Учреждение социального обслуживания
- Учреждение здравоохранения
- СМИ
- Друзья, знакомые
- Другой источник _____

2. Какие причины побудили Вас посещать занятия школы по уходу за тяжелобольными гражданами? (нужное отметить галочкой)

- Повышение компетенции в вопросах ухода
- Желание улучшить качество жизни пациента
- Поиск работы в области ухода за пациентом
- Другое

3. Отметьте, какие из представленных тем занятий для Вас являются наиболее интересными и важными.

Тема	Оценка по 5-балльной шкале			Предложения и замечания
	Информация была интересна	Материал был важен	Легко взаимодействовать с преподавателем	

4. Укажите наиболее актуальные для Вас темы, которые хотели бы рассмотреть на занятиях _____

5. Укажите, какими навыками Вы овладели за период обучения в школе ухода _____

6. Укажите, какие из тем, представленных на занятиях, были для Вас полезными

7. Оцените уровень организации обучения:

- высокий
- средний
- низкий
- другое

8. Ваши предложения по совершенствованию обучения в школе ухода:

Спасибо за участие в опросе!