

СРЕДСТВА ДЛЯ УХОДА И РЕАБИЛИТАЦИИ

при нарушении повседневной жизнедеятельности пациента

Пособие для патронажных работников

Автор – Флинт А.В.
Художники – Чебыкина Н.Н., Кузьмина М.Е.

Москва, 2009

А.В. Флинт

**Средства для ухода и реабилитации
при нарушении повседневной жизнедеятельности пациента**

В данном пособии представлены рекомендации по использованию различных средств ухода и реабилитации при нарушениях повседневной жизнедеятельности пациента. Описаны приспособления промышленного производства, а также даны рекомендации по самостоятельному изготовлению некоторых из них. Книга рекомендована для медицинских сестер, сестер милосердия, социальных и патронажных работников, а также тех, кто осуществляет уход за больными на дому.

Издание осуществляется Российским Круглым столом при финансовой поддержке Датской церковной помощи, Агентства международного развития США и Программы развития ООН.

Содержание

Введение	7
1. Выявление нарушения самостоятельного удовлетворения потребностей пациента	9
2. Кровать пациента	14
3. Матрасы и на матрасники	19
4. Дополнительные приспособления для постельного белья и кровати	23
5. Постельные принадлежности	26
6. Смена постельного белья лежачего больного	36
7. Столики для лежачих больных	39
8. Ширма	43
9. Помощь при перемещении пациента	44
10. Помощь при передвижении пациента	60
11. Помощь при одевании и раздевании	73

12. Помощь при осуществлении личной гигиены.....	76
13. Кормление	84
14. Помощь при отпращивании физиологических потребностей	91
15. Реабилитационные средства, развивающие утраченные движения в руках и улучшающие координацию и точность движений	95
16. Приспособления для организации досуга пациента	101
17. Помощь при возрастных изменениях зрения	107
18. Помощь при возрастных изменениях слуха.....	112

Настоящее время характеризуется постоянным ростом числа людей, страдающих хроническими заболеваниями самой различной этиологии. По данным исследователей, 80% смертей происходит в результате длительно протекающих хронических заболеваний.

Современные успехи здравоохранения позволяют в большинстве случаев пациентам долгое время сосуществовать с болезнями, которые ранее быстро приводили к летальному исходу.

Одновременно растет число людей, страдающих распространенными инфекционными заболеваниями, прежде всего, ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, малярией и др.

Глобальное старение населения планеты составляет еще одну особенность современности.

В большинстве случаев люди, принадлежащие к вышеперечисленным группам, в резуль-

тате заболеваний или возрастных изменений в той или иной мере теряют способность к независимому образу жизни и нуждаются в реабилитации и долговременном уходе.

При невозможности их полного исцеления реабилитация, как система мероприятий, направленных на приспособление остаточного потенциала пациента к новым условиям жизни в обществе, часто является главным и наиболее эффективным методом достижения максимально возможной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической самостоятельности.

Применение средств реабилитации в повседневной жизнедеятельности является одним из эффективнейших способов обеспечения независимого существования пациента, что, по современным представлениям, свидетельствует о высоком качестве медико-социальной помощи. Использование средств реа-

билитации и ухода в системе паллиативной помощи является также необходимым условием повышения качества жизни пациента.

По данным медицинских психологов, восстановление полной или частичной способности к самообслуживанию в повседневной жизни, в т.ч. и с помощью средств реабилитации, многими пациентами воспринимается как основной положительный эффект при лечении хронических заболеваний.

Средства реабилитации в повседневной жизни привлекают к себе внимание не только высокой эффективностью, но и сравнительно небольшой стоимостью. Многие из них можно изготовить самостоятельно. Большинство реабилитационных средств просты в использовании. Их применение позволяет вовремя предотвратить развитие осложнений основного заболевания, уменьшает необходимость в

постоянном использовании ухаживающего персонала, удешевляет лечение и социальное обеспечение пациентов.

Любопытно отметить, что многие реабилитационные средства со временем из медицинской практики переместились в повседневную жизнь в связи с явным удобством их применения не только больными, но и здоровыми людьми. Привычные для всех людей длинные ручки щеток и совков для уборки пола, длинные ручки рожек для обуви, нескользящие коврики на присосках, поручни и многие другие приспособления изначально служили специальными средствами реабилитации.

Научные исследования показывают, что с помощью правильно подобранных средств реабилитации и при их правильном применении можно вернуть к активной жизни почти 50% тяжелобольных.

«Всегда нужно помнить, что правильный уход за больными важнее самого лечения».

Моннерон-Тиссо

*«Не было гвоздя – подкова пропала.
Не было подковы – лошадь захромала.
Лошадь захромала – командир убит.
Конница разбита – армия бежит.
Враг вступает в город, пленных не щадя,
Оттого, что в кузнице не было гвоздя».*

Из английской народной поэзии

Введение

Любое заболевание в той или иной мере приводит к нарушениям жизнедеятельности и лишает человека независимости в осуществлении этой деятельности.

Под «нарушением жизнедеятельности», по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), понимается любое возникающее в результате заболевания ограничение или утрата возможности осуществлять повседневную деятельность в формах или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества.

Возникающие в результате заболевания ограничения жизнедеятельности могут быть временными, исчезающими после выздоровления, а могут быть постоянными, если заболевание носит хронический характер или приводит к инвалидности.

Подобные проблемы возникают и у пожилых людей по мере развития возрастных анатомо-физиологических изменений.

Временная или постоянная неспособность к самообслуживанию – причина тягостных переживаний всех больных. Зависимость в жизне-

деятельности от других людей всегда свидетельствуют о низком качестве жизни пациента, которое понимается в современной медицине как целостная характеристика физического, психического, эмоционального и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии.

Участие в выявлении, устранении или возможно более полной компенсации возникающих в результате заболевания ограничений жизнедеятельности является одной из важнейших задач сестринского ухода, выполнение

которой позволяет восстановить физический, психологический и социальный статус человека.

В этом контексте мероприятия, которые проводит ухаживающий персонал, можно называть реабилитационными мероприятиями, т.е. мероприятиями, предназначенными для поддержания или восстановления состояния независимости, а приспособления и предметы, используемые в данных мероприятиях, – средствами реабилитации. О некоторых из этих средств реабилитации и пойдет речь в данном пособии.

1. Выявление нарушения самостоятельного удовлетворения потребностей пациента

В современной практике сестринского дела принято рассматривать любое патологическое состояние пациента – будь то болезнь, травма или возрастные анатомо-физиологические изменения – с позиции возникающих при этом нарушений жизнедеятельности. Эти нарушения в той или иной степени, в том или ином объеме, в зависимости от различных обстоятельств не позволяют пациенту самостоятельно поддерживать свою повседневную жизнедеятельность на качественном уровне. Говоря иными словами, пациент не способен самостоятельно удовлетворять свои жизненно важные потребности. Это состояние порождает чувство дискомфорта у пациента и свидетельствует о низком качестве оказываемой меди-

цинской помощи. Степень возникающих нарушений может быть различна. Она зависит как от тяжести и особенностей заболевания, так и от ряда других факторов: возраста, окружающей среды, знаний, умений, желаний и способностей человека. Зависит она и от профессионализма медицинского персонала, наличия специальных средств реабилитации, позволяющих свести последствия возникающих нарушений к минимуму.

Чем точнее и полнее будут определены проблемы пациента, касающиеся удовлетворения его повседневных потребностей, чем больше при уходе за больным будет применено средств реабилитации, тем в большей степени пациент будет ощущать свою независимость.

Определение проблем пациента, инвалида или человека пожилого или старческого возраста называется медико-социальной диагностикой (оценкой). Для проведения полной, последовательной и систематической медико-социальной диагностики Всемирная организа-

ция здравоохранения рекомендует использовать модель сестринского дела Вирджинии Хендерсон. Эта модель акцентирует внимание при уходе за пациентом на 14 основных жизненноважных потребностях, самостоятельное удовлетворение которых может быть нарушено в связи с заболеванием:

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять из организма продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться.
7. Поддерживать температуру тела в пределах нормы.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность.
10. Поддерживать общение с другими людьми.

11. Отправлять религиозные обряды.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать.
14. Удовлетворять любознательность, обучаться и развиваться.

При общении с больным и его родственниками необходимо провести медико-социальную диагностику для того, чтобы определить, в какой степени пациент может эти потребности удовлетворять самостоятельно, и какую помощь ему необходимо предоставить, чтобы данные потребности были удовлетворены. В качестве инструментов такой диагностики используются:

- опрос пациента и его близких;
- осмотр пациента;
- проведение тестов, позволяющих выявить способность пациента выполнить то или иное действие;
- проведение тестов и заполнение специальных анкет, в которых отражаются полученные данные.

В разных лечебных учреждениях приняты разные методы выявления нарушения потребностей больных. Это объясняется, прежде всего, тем, что в Российской Федерации пока нет общепринятых сестринских стандартов обследования больного.

В качестве примера диагностической шкалы можно привести достаточно популярную во всем мире и у нас в стране шкалу Бартела для определения активности в повседневной жизни. По шкале диагностируются некоторые важные аспекты повседневной жизнедеятельности.

Шкала Бартела (в сокращенном виде)

1. Прием пищи

- не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами;
- частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи;

- полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью).

2. Персональный туалет (умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье)

- не нуждается в помощи;
- нуждается в помощи.

3. Одевание

- не нуждается в посторонней помощи;
- частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.;
- полностью нуждается в посторонней помощи.

4. Прием ванны

- принимает ванну без посторонней помощи;
- нуждается в посторонней помощи.

5. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация)

- не нуждается в помощи;

- частично нуждается в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера);
- постоянно нуждается в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций.

6. Посещение туалета

- не нуждается в помощи;
- частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.);
- нуждается в использовании судна, утки.

7. Вставание с постели

- не нуждается в помощи;
- нуждается в наблюдении или минимальной поддержке;
- может сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка;
- не способен встать с постели даже с посторонней помощью.

8. Передвижение

- может без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м;

- может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м;
- может передвигаться с помощью инвалидной коляски;
- не способен к передвижению.

9. Подъем по лестнице

- не нуждается в помощи;
- нуждается в наблюдении или поддержке;
- не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой.

Особое внимание необходимо обратить на пункты, свидетельствующие о частичной способности пациента выполнять ту или иную функцию жизнедеятельности. В каждом таком случае нужно определить, с помощью каких средств реабилитации пациент может в максимально возможном объеме выполнить те или иные действия.

Например, если пациент не может самостоятельно сесть в кровати, то может быть он может это сделать, если кровать снабжена

«балканской рамой» или настенным поручнем. Причем здесь надо быть очень внимательным. Больной может не использовать поручень, если он расположен со стороны слабой руки, или если ухаживающий не разъяснил должным образом, как этим поручнем пользоваться, или если поручень расположен в неудобном для эффективного подтягивания месте.

Поэтому после подбора необходимых средств реабилитации нужно обучить пациента ими пользоваться и корректировать в процессе обучения качество и количество средств реабилитации для достижения наилучшего результата.

На основании полученных данных составляется план действий по оказанию помощи и подбираются необходимые средства реабилитации. План обязательно должен быть обсужден и согласован с самим пациентом. Необходимо помнить, что без активного участия пациента уход вряд ли будет эффективным.

И еще – только при наличии в распоряжении пациента средств реабилитации он может активно участвовать в удовлетворении своих потребностей, реабилитируя свои способности по ходу заболевания. Технические средства реабилитации дают возможность наиболее полно компенсировать утраченные или нарушенные в результате болезни функции организма, способствуют наиболее быстрому и эффективному восстановлению этих функций. В случае же отсутствия средств реабилитации или при слишком «заботливом» уходе, исключая максимальное использование возможностей самого больного и создающем для него «тепличные» условия, пациент занимает пассивную позицию, вынужден пользоваться помощью ухаживающего персонала, не развивается, а, наоборот, часто теряет навыки повседневной деятельности.

2. Кровать пациента

Многие больные хроническими заболеваниями, престарелые люди и инвалиды прикованы к кровати на долгие годы, и она становится их постоянной средой пребывания. И если в нормальной жизни человек осуществляет свою жизнедеятельность в различных условиях, то прикованный к кровати человек вынужден лечиться и реабилитироваться, принимать пищу и отправлять свои физиологические потребности, умыться и переодеться, делать гимнастику, читать, принимать гостей и др. на одном месте, не покидая своей кровати. Поэтому кровать должна быть удобной, и ее устройство должно максимально способствовать выполнению всех этих действий.

Кроме того, длительное пребывание в кровати пациента с малой подвижностью приводит к развитию специфических осложнений, которые так и называются – осложнения малой подвижности.

Эффективность лечения и медицинского ухода, успешность реабилитационных мероприятий, само качество жизни больного человека во многом зависят от качества кровати и возможности человека быть на ней максимально подвижным.

Хорошая кровать должна быть удобна не только для самого больного, но и для ухаживающего персонала, обеспечивая возможность удобного ухода.

В наибольшей степени этому требованию соответствуют функциональные кровати, состоящие из двух, трех или четырех секций, позволяющих поднимать и фиксировать в нужном положении головной и/или ножной концы кровати, а также среднюю часть



В более дешевых вариантах кроватей секции поднимаются и опускаются вручную и фиксируются в нужном положении с помощью стопоров. В более дорогих – тоже вручную, но с помощью специального механизма. Наконец, в самых дорогих кроватях подъем и опускание секций производится с помощью электрических двигателей.

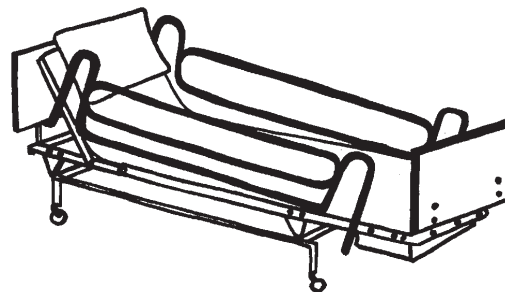
Общие требования к кроватям.

Кровать должна:

- иметь прочное, твердое и ровное основание, на которое укладывается матрас;
- иметь переднюю и заднюю спинки для поддержки подушек и для упора ног, что особенно важно, когда больной находится в сидячем и полусидячем положении;
- легко передвигаться при необходимости и прочно фиксироваться на одном месте, для чего должна быть снабжена колесами и иметь тормозные (стопорные) устройства;
- иметь крепежные устройства для фиксирования дополнительных приспособлений,

необходимых для ухода за больным и его реабилитации: съемных боковых ограждений, препятствующих падению больного, «балканской рамы», вспомогательного кронштейна, штанги капельницы, подставки под судно, кроватного столика и др.;

- легко мыться и обрабатываться моющими и дезинфицирующими растворами.



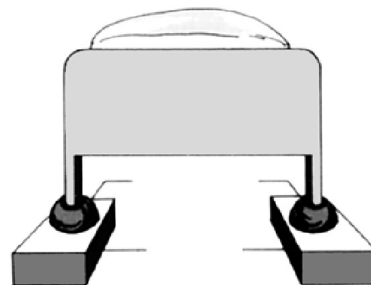
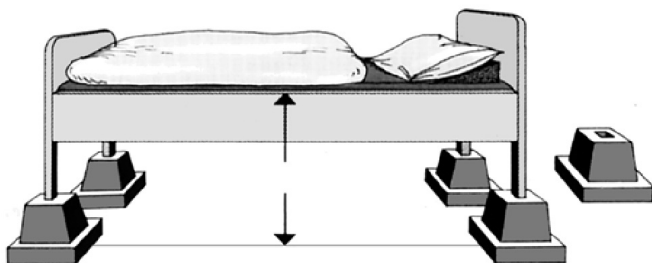
Кровать должна своими размерами соответствовать размерам больного и тому помещению, в котором она установлена. Слишком широкие кровати неудобны для ухаживающего персонала, так как при осуществлении

ухода приходится сильно наклоняться и тянуться к больному. Желательно, чтобы помещение, где находится кровать, было достаточно просторным, чтобы при необходимости можно было установить ее как вдоль стены, так и поперек комнаты с тем, чтобы ухаживающие имели возможность подойти к больному с двух сторон кровати. Это важно при перестилании постели, переодевании или изменении положения тела больного.

Кровать должна быть достаточно высокой (верхний край матраса должен находиться на

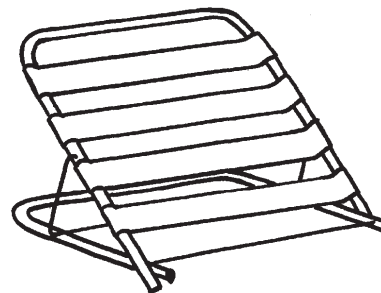
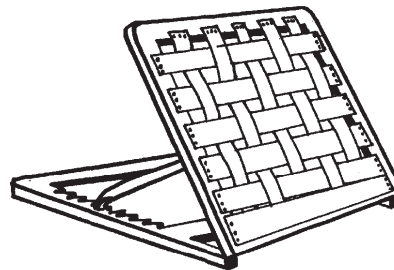
расстоянии не менее 60–70 см от пола). Высота имеющихся в продаже функциональных кроватей – 90–95 см. Такая высота позволяет не очень сильно наклоняться к больному и не напрягать спину при уходе за ним. В дорогих моделях функциональных кроватей высоту основного ложа можно легко поменять.

Высоту обычной кровати можно поменять с помощью стандартных металлических подставок под ножки кровати (такие подставки имеются в продаже) или деревянных «башмаков», которые можно сделать своими силами.



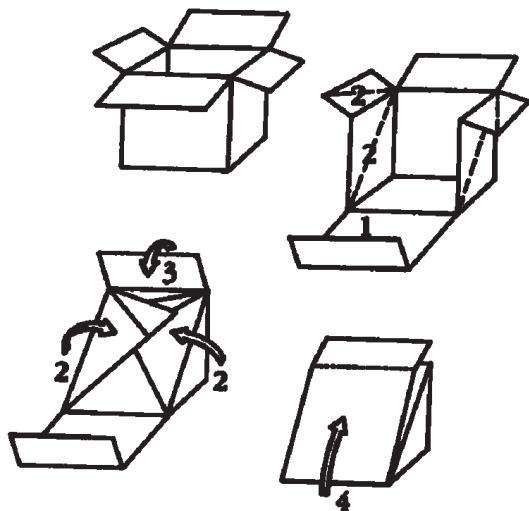
Для подъема головного конца кровати можно использовать специальную деревянную или металлическую раму, которая подкладывается под матрас. Такие рамы состоят из двух металлических или деревянных соединенных между собой дуг, нижняя из которых является основанием, а верхняя, подвижная, оплетена лентами из прочного материала, на которых и держится изголовье матраса. Высота подъема верхней части рамы регулируется стопорами.

С этой же целью можно перевернуть стул с прямой спинкой вверх ногами и установить его в изголовье кровати.



Можно также поднять изголовье с помощью картонного ящика с четырьмя клапанами: отрезать переднюю стенку ящика по углам, разметить (частично подрезать) по диагонали две боковые стенки от угла к углу и сложить их внутрь по размеченным линиям. Верхний клапан задней стенки завернуть впе-

ред и разместить его над сложенными боковыми стенками. Затем поднять переднюю стенку с клапаном вверх, положить ее над сложенными стенками и закрыть завернутый задний клапан. Излишек картона сложить на заднюю стенку ящика и приклеить или тщательно привязать.



3. Матрасы и наматрасники

Матрасы, используемые при уходе за больными, можно условно разделить на несколько категорий.

Противопролежневые матрасы

Важной задачей во время ухода за неподвижным лежачим больным (состояние после инфарктов, инсультов, при онкологических заболеваниях, травмах, ожогах и т.д.) является профилактика образования пролежней. Глубокие незаживающие язвы, называемые пролежнями, образуются в результате постоянного сдавливания мягких тканей (кожа, подкожная жировая клетчатка) между костями и поверхностью кровати. Наиболее часто нарушение кровообращения и питания мягких тканей приводит к образованию пролежней в области крестца, ягодиц и пяток.

Обычные меры профилактики весьма трудоемки, дороги, не гарантируют защиту от образования пролежней.

Эффективным средством профилактики пролежней служат противопролежневые матрасы. Противопролежневый матрас может постоянно осуществлять автоматический массаж тела лежачего пациента каждые 5–10 минут, при необходимости – много месяцев подряд. Массаж тканей путем изменения давления на поверхность тела пациента поддерживает в них нормальную микроциркуляцию крови и обеспечивает снабжение кожи и подкожной клетчатки питательными веществами и кислородом даже при полной неподвижности пациента.

Матрас состоит из системы ячеек, камер или трубок разной формы и размера, в которые компрессор попеременно, в определенной последовательности нагнетает воздух, что обеспечивает круглосуточное массажное воздействие на мягкие ткани пациента.

Компрессоры, нагнетающие воздух в отсеки матрасов, – автоматические, бесшумные, лишены вибрации, не требуют специальной регулировки и наблюдения. Давление внутри матрасов можно регулировать с помощью специального механизма. Особое покрытие матрасов позволяет проводить их простую антисептическую обработку и не требует специальной стерилизации.

Некоторые модели укомплектованы водонепроницаемыми чехлами.

Имеются более дорогие, ячеистые матрасы из ПВХ с обдувом, в которых лазерные вентиляционные отверстия обеспечивают естественную вентиляцию и, как следствие, способствуют уменьшению потоотделения.

К сожалению, практически невозможно найти в продаже противопролежневые матрасы, способные выдерживать вес тела более 140–160 кг.

Ортопедические матрасы

Ортопедические матрасы являются средством пассивной терапии и предназначены для профилактики искривлений позвоночника и остеохондроза, для снятия избыточного тонуса и усталости мышц, а также для предотвращения пролежней и отеков у лежачих больных.

Некоторые конструкции представляют собой специальное полотно, которое стелется поверх постели под простыню. Внешняя поверхность матраса состоит из поперечных сегментов, которые придают ему волнообразную форму с периодом волны 10 см. Сегменты наполнены полистироловыми гранулами разного диаметра. Такие матрасы позволяют принципиально улучшить поверхность спального места. Они обладают прекрасными теплоизоляционными свойствами, что создает дополнительный комфорт в холодное время года. Кроме того, в конструкции предусмотрены промежуточные пространства для циркуляции

воздуха, которые создают возможность вентиляции в жаркое время. В результате зимой люди намного меньше мерзнут, а летом потеют. Матрас поддерживает естественное положение позвоночных дисков, что уменьшает степень их деформации, высыхания, разрушения и предотвращает возникновение прочих предпосылок, приводящих к искривлениям позвоночника и остеохондрозу. За счет того, что в конструкции матраса используется огромное количество (около 90.000) упругих полистироловых гранул диаметром от 4 до 8 мм, которые массируют тело по всей поверхности соприкосновения, происходит массаж на двух уровнях. Во-первых, микромассаж отдельными гранулами поверхностных слоев тела: кожи, кровеносной системы, лимфатических сосудов, поверхностных мышц, нервных узлов и прочего. Во-вторых, макромассаж посредством сегментов шириной 10 мм, рассчитанный на позвоночник, крупные мышцы шеи, спины, таза и ног, ребра, а также нервную, кровеносную и лимфа-

тическую систему этих органов. Такой двухуровневый массаж позволяет снимать избыточный тонус и усталость во всех мышцах от шеи до ног, исключает возможность застойных явлений крови в спине, ягодицах и ногах, способствует поддержанию позвоночника в максимально комфортном динамическом состоянии.

Другие матрасы

Дорогой матрас совершенно не обязательно окажется самым хорошим и удобным для больного. Опыт ухаживающих за лежащими больными говорит о том, что во многих случаях самым удобным оказывается матрас из толстого (5-15 см) листа плотного поролона, положенного на широкую доску, занимающую ширину всей кровати. Желательно, чтобы лист поролона был обшит непромокаемой тканью. Если нет угрозы загрязнения матраса, то чехол для матраса может быть сшит из плотной хлопчатобумажной ткани.

Пожалуй, самыми нежелательными можно считать ватные матрасы, так как вата, из которой они состоят, быстро скатывается в плотные и опасные для больного бугры.

Наматрасники

Наматрасниками называются два различных вида изделий.

Наматрасник в медицинском понимании – это специальный чехол из непромокаемой ткани, который надевается на матрас для предохранения его от загрязнения мочой, калом, рвотными массами, отделяемым ран, лекарственными препаратами и др. Изготавливается такой наматрасник из прочной ткани, способной выдерживать многократную санитарно-гигиеническую обработку, в том числе и авто-

клавирование. Ткань наматрасника должна обладать большой стойкостью и к механическому воздействию.

Наматрасником называется также заполненный специальным наполнителем, например, лузгой гречихи, чехол, который укладывается на кровать поверх матраса. Дополнительная прошивка делит наматрасник на поперечные сегменты, которые во время лежания оказывают на мышцы пассивное массирующее воздействие. Благодаря свойствам наполнителя, наматрасник способствует микромассажу кожи, улучшает обменные процессы и кровообращение. За счет хорошего воздухообмена уменьшается потоотделение, что приводит к снижению риска застойных явлений в мышцах спины, ягодицах, ногах, а также пролежней у лежачих больных.

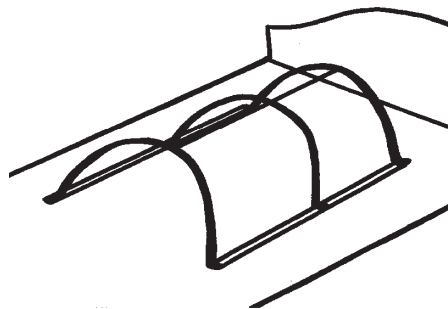
4. Дополнительные приспособления для постельного белья и кровати

Проволочная рама под простыню и одеяло

Проволочная рама позволяет создать между больным и одеялом воздушную прослойку. Она используется у ослабленных тяжелобольных пациентов, находящихся долгое время на постельном режиме.

Давление тяжелого одеяла помимо неприятных ощущений вызывает ряд осложнений: пролежни, застойную пневмонию и др. Кроме того, под тяжестью одеяла стопы малоподвижных больных, особенно имеющих неврологические нарушения, отвисают, а в голеностопных суставах развивается тугоподвижность. Такие отвисшие, малоподвижные стопы назы-

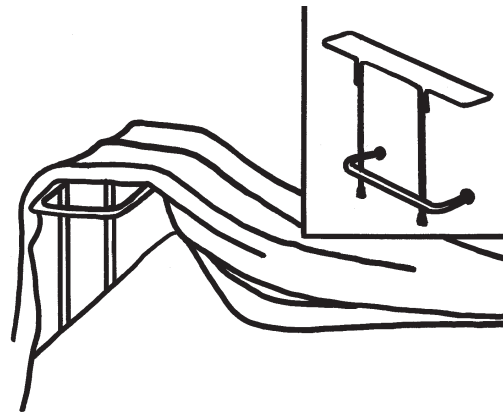
ваются «конскими стопами». В дальнейшем это осложнение не позволяет больным встать на ноги. Для ослабления давления одеяла на больного используют проволочные рамы, которые устанавливаются на кровати.



Проволочные рамы используются также у больных, на теле которых имеются раны. В этих случаях рама не позволяет белью контактировать с раневой поверхностью.

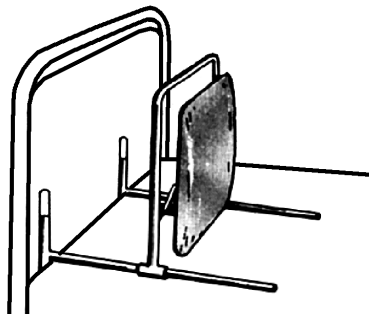
Фиксирующие рамки над стопами

Фиксирующие рамки служат для тех же целей, что и проволочные рамы. Однако их задача состоит только в том, чтобы охранять стопы от давления одеяла.

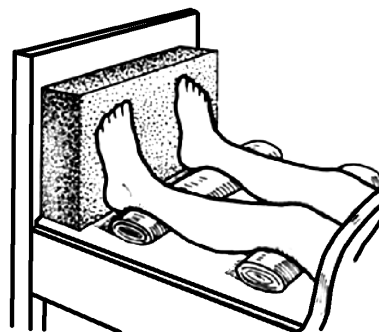


Приспособления для упора ног

Если больной находится в кровати в полусидячем или сидячем положении, то для предупреждения съезжания его по кровати вниз можно в качестве упора использовать подушку из твердого поролона. Для этого ее располагают между задней спинкой кровати и ступнями больного.



Если расстояние слишком велико, необходимо использовать несколько подушек или специальное приспособление для упора ног. С этой же целью можно использовать обычный упаковочный ящик.



5. Постельные принадлежности

Правильная экипировка кровати имеет большое значение в уходе за лежащим больным. Правильно подобранная кровать, удобный матрас, качественное постельное белье много способствуют скорейшему выздоровлению больного, предупреждают развитие таких грозных осложнений, как пролежни, и других заболеваний, связанных с малоподвижным образом жизни. Остановимся на некоторых элементах постельных принадлежностей.

Многоразовые простыни, пододеяльники, наволочки

Многоразовое белье, используемое при уходе за больным человеком, не должно быть новым. Лучше всего использовать неокрашенное хлопчатобумажное белье без швов, которое хорошо пропускает воздух и впитывает с поверхности кожи продукты обмена больного человека.

Таких комплектов должно быть несколько. Менять белье рекомендуется как можно чаще: каждый раз, когда оно загрязняется, или один раз в день, если оно не запачкано. Если нет возможности ежедневно стирать незапачканное белье, то желательно его перед вторичным применением развешивать на свежем воздухе для проветривания и освобождения от вредных метаболитов (продуктов обмена).

В качестве материала для наволочек в последнее время рекомендуется использовать материал, изготовленный из овечьей некрашеной шерсти и по виду напоминающий мех на тканевой (хлопковой или шерстяной) основе. Такая наволочка особенно полезна для больных, страдающих неврологическими заболеваниями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, аллергией, астматическими (бронхиальными) заболеваниями, нарушениями кровообращения.

Необходимо попутно отметить, что кусочки такой шерсти очень хорошо подкладывать под

лежачего больного в местах возможного образования пролежней: под крестец, лопатки, пятки, локти, пальцы и др.

Одеяло

Одеяло должно обладать несколькими важными качествами: оно должно быть теплым, «дышащим», т.е. пропускать воздух и обязательно легким. К сожалению, в практике наиболее часто используются тяжелые ватные или полушерстяные одеяла, которые из-за плохой проводимости воздуха способствуют усиленному потоотделению и прению, а также давят на больного своим весом. Кожа больных, длительное время находящихся под такими одеялами, становится рыхлой, легко травмируемой, чувствительной к любым перепадам температуры. Давление тяжелого одеяла на ослабленного больного, находящегося долгое время на постельном режиме, может способствовать развитию таких осложнений, как про-

лежни, застойная пневмония, «конская стопа» и др.

Если есть возможность, лучше использовать при уходе за лежачим больным шерстяное одеяло. Хорошо зарекомендовали себя одеяла из натуральной овечьей шерсти, которые изготавливаются из состриженной белой овечьей шерсти (не крашеной!), нанесенной на тканевую основу. Такое одеяло очень теплое, легкое, оно хорошо пропускает воздух, больной не прет и не потеет под этим одеялом. Кроме того, соприкасаясь с телом, шерсть оказывает хорошее физиотерапевтическое воздействие на больного. За неимением такого одеяла можно использовать стеганные одеяла промышленного производства с наполнителем из овечьей шерсти. Для того чтобы избежать возможного развития аллергии, следует обратить внимание на то, чтобы шерсть была хорошо промыта и не издавала специфического запаха.

Подушки

Большое значение в правильной экипировке имеют подушки, которые используются в уходе за больным человеком. К сожалению, в современной практике ухода за больным сложилось устойчивое представление о том, что каждому больному полагается одна единственная подушка. Ее размер, форма, материал кажутся несущественными для правильного ухода. Мало кто задумывается о том, что подушка используется при уходе за больным не только под голову или под спину.

Какие же функции выполняют подушки в кровати больного человека?

Подушка под голову для сна. Необходимо обратить внимание на размер подушки и материал, из которого она изготовлена. Очень удобно для лежащего больного использовать ортопедическую подушку с наполнителем из натурального латекса, лузги гречихи, гигиенического шарикового наполнителя. Правда,

такие подушки довольно дорогие, но затраты себя оправдывают.

Можно использовать также поролоновые подушки, в крайнем случае – ватные.

Не рекомендуются перьевые подушки, так как они часто вызывают аллергию, нуждаются в специальной чистке после загрязнения и задерживают запахи. Необходимо помнить, что у лихорадящих, потеющих больных и особенно тяжелых больных должно быть, по крайней мере, две подушки под голову. На одной из них больной лежит, а другая в это время проветривается. Периодически подушки необходимо менять. Дело в том, что в подушку активно впитываются продукты обмена больного человека, которые оказывают на него токсическое воздействие.

Подушки для создания возвышенного положения головного конца кровати. Возвышенное положение верхней части туловища необходимо придавать больному во многих случаях. Проще сказать, когда такое положение

ние не требуется: по показаниям врача при некоторых заболеваниях, при смене постельного и нательного белья, при перемещении больного с кровати на каталку, при некоторых процедурах и, иногда, по просьбе самого больного, для сна и пассивного отдыха.

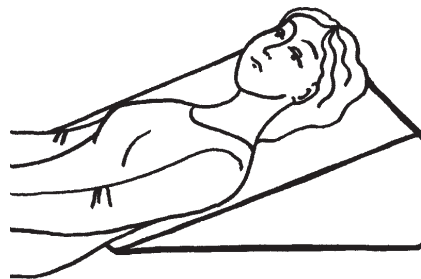
Во всех остальных случаях головной конец кровати должен быть в той или иной мере приподнят.

У функциональной кровати ее головной конец представлен в виде отдельной секции, которая поднимается и фиксируется в нужном положении с помощью специальных стопоров.

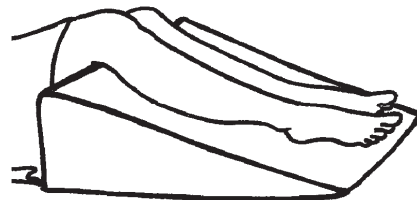
Если больной лежит на обычной кровати, используются кроватиные подголовники.

При необходимости возвышенное положение в кровати можно придать больному с помощью обычных подушек или специальной подушки из поролонa. Форма такой подушки – коническая. Такая подушка требует специально сшитой наволочки тоже конической формы. Сделать ее можно, склеив несколько

слоев поролонa, и затем обрезав его по форме.



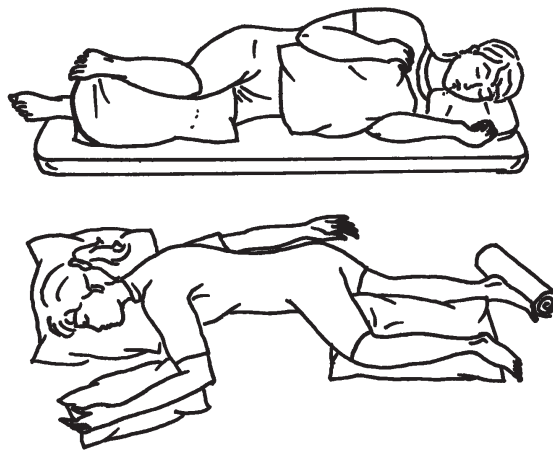
Такую же подушку можно положить больному под ноги, если требуется придание возвышенного положения ногам.



Подушки, подкладываемые под больного для придания ему специальной позы и фиксирования его в этой позе. Часто больному необходимо придание положения на боку. Для фиксирования его в этом положении под спину больного подкладываются одна или несколько подушек

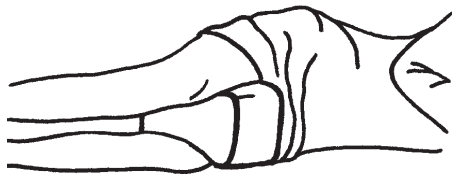


При положении больного на боку, например, в положении Симса, тонкие подушки подкладываются под руку и ногу.



Если больной лежит на животе, то одна подушка подкладывается под живот, а другая под голеностопные суставы, для того чтобы стопы свободно свисали вниз, и пальцы ног не упирались в матрас.

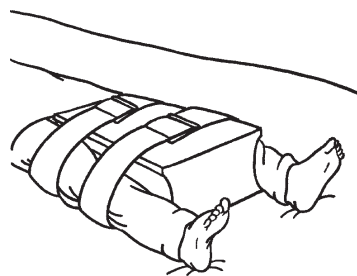
Для предупреждения развития пролежней в области коленных суставов при длительном положении больного на боку необходимо вложить подушку между бедрами больного.



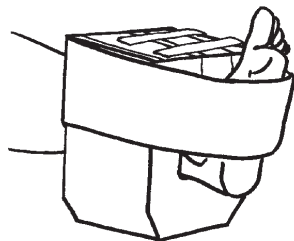
Такая подушка может быть сделана из поролона или, что лучше, из овечьей шерсти. Можно также использовать поролоновую подушку, вложив ее в наволочку из овечьей шерсти. Наволочка шьется по размеру подушки из материала, о котором сказано выше. Небольшие подушки, наполненные гречневой крупой или пшеном, могут быть использованы для профилактики пролежней у лежачих больных. Для этого шьются небольшие наволочки, не туго набиваются крупой, зашиваются наглу-

хо и подкладываются под пятки больного, под локтевые суставы и др. места, угрожаемые по развитию пролежней. Купру желателно предупредительно прокалить.

У длительно лежащих в кровати больных, особенно пожилого возраста, со временем развивается особый вид патологии – перекрест ног и фиксирование их в таком положении в результате развития тугоподвижности тазобедренных суставов. Если вовремя не предупредить развитие этой патологии, больной уже не сможет встать с кровати. Для того чтобы данная патология не развивалась, поролоновую подушку треугольной формы вкладывают больному между ног и фиксируют ее с помощью ремней.



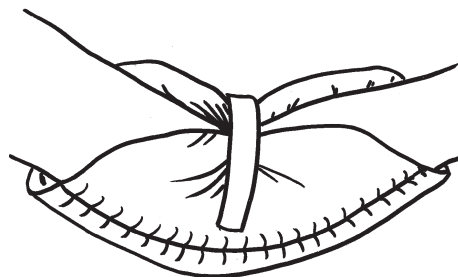
Для предупреждения развития пролежней в области стоп можно использовать кусок толстого поролона с прорезью в центре, куда помещается голеностопный сустав, и стопа оказывается на весу. Сверху прорезь фиксируется лейкопластырем.



С этой же целью можно использовать достаточной величины кусок овчины, который обертывается вокруг стопы пациента и фиксируется застежками типа «липучка».

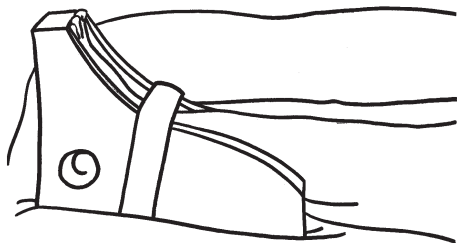


Такую же защиту от возможного развития пролежней можно обеспечить и локтевым суставам лежащего больного.



Для предупреждения пролежней и придания ноге определенного зафиксированного положения, например, при переломе шейки бедра, а также для предупреждения ротации стопы кнаружи можно использовать сделанный из фанеры лоток, внутрь которого помещается больная нога и фиксируется пластырем. На дно лотка укладывается любой имеющийся противопролежневый материал, например, полоса из поролона. В отверстие в осно-

вании лотка при необходимости вставляется палка, прочно фиксирующая стопу в строго вертикальном положении.

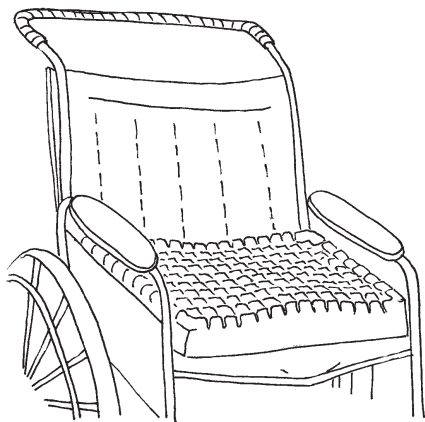


При отсутствии иных приспособлений, для удобной укладки стопы можно использовать прочную картонную коробку без крышки с вырезом в передней стенке для голени. Часть голени и стопа помещаются внутрь коробки, дно которой до нужной высоты заполнено мягким материалом (например, ватой или поролоном). Стопа фиксируется в нужном положении с помощью того же мягкого материала, плотно укладываемого между стопой и боко-

выми стенками коробки. Для более прочного удержания стопы верхние края боковых стенок коробки можно стянуть двумя-тремя полосами лейкопластыря.

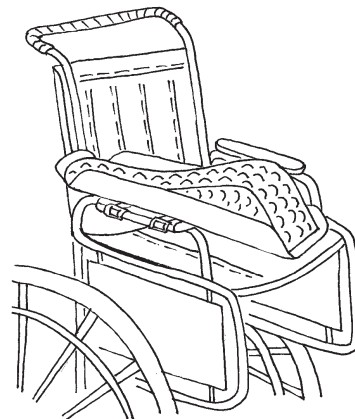


В инвалидном кресле поролоновую подушку, уложенную на сиденье кресла, используют для предупреждения развития пролежней на ягодицах. Это особенно актуально для худощавых больных. Наиболее эффективно использовать с этой целью поролон, имеющий ячеи-



стую структуру поверхности, которая способствует созданию воздушной прослойки между ягодицами и поверхностью сиденья.

Для придания в инвалидной коляске физиологического положения парализованной руке у больного с неврологическим заболеванием, а также для предупреждения развития в этой руке контрактур, на подлокотнике коляски закрепляется поролоновая подушка в виде



конуса, и рука укладывается на нее сверху. При необходимости, рука фиксируется к подушке с помощью ремня.

Одноразовое белье

Впитывающие простыни или пеленки – отличное средство ухода за больными с различными формами недержания мочи и кала. Они состо-

ят из влагопроницаемого верхнего слоя, среднего впитывающего слоя и нижнего водонепроницаемого слоя. Специально загнутые края простыни предотвращают протекание по бокам. В зависимости от размеров (60 x 60 см или 60 x 90 см), они могут впитывать до 1600 мл жидкости.

Бумажные полотенца

Бумажные полотенца очень удобно использовать при уходе за больными, подкладывая их в

места, где кожа контактирует с поверхностью простыни, или в места образования кожных складок, например, в паховые или подмышечные складки. Бумажные полотенца (качественные!) – мягкие, гигроскопичные, хорошо впитывают влагу, пропускают воздух, не травмируют кожу. Рекомендуется использовать полотенца неокрашенные и без парфюмерных добавок. Они способствуют профилактике развития опрелостей, пролежней. Их легко поменять, не трогая основное постельное белье.

6. Смена постельного белья лежачего больного

Поддержание чистоты постельного и нательного белья лежачих больных является важной задачей сестринского ухода. Предложенный ниже способ застилки кровати имеет ряд преимуществ: белье меняется достаточно быстро, не требуется больших физических усилий со стороны ухаживающего персонала, производится смена только загрязненной части белья. Соответственно, уменьшается объем стирки, смена белья происходит с минимальной травматизацией больного и не доставляет ему особого беспокойства.

Сначала на матрас стелется толстая прочная, лучше льняная, простыня. Ее размер определяется шириной и длиной матраса + высота матраса + 5-7 см. Если длина простыни недостаточная, со стороны головы и ног к ней пришиваются две дополнительные полосы.

Предварительно по периметру всей простыни подшивается ее край, и в образовавшийся канал вставляется прочная, достаточно тугая бельевая резинка. Концы резинки выводятся через два отверстия в ножном конце простыни. Резинка затягивается, и простыня надевается на матрас так, чтобы ее края обхватили матрас с нижней части. При этом простыня расправляется и прочно обтягивает матрас. Желательно пометить середину простыни в ножном и головном концах, для того чтобы в дальнейшем сократить время перестилания и дополнительно не травмировать больного, перемещая под ним простыню правее или левее. Эта простыня снимается с кровати достаточно редко. При замене простыню сначала нужно сложить вдоль в два или четыре раза, а затем скатать от ножного конца к головному. Стирать нужно сначала только ножной конец простыни, а затем всю простыню целиком.

На цельную простыню стелятся поперек кровати 3 полосы хлопчатобумажной ткани, из

которой шьют постельное белье. Полосы должны примыкать друг к другу и полностью перекрывать всю длину кровати: верхняя – головную часть кровати, средняя – область поясницы и таза, и нижняя – ножной конец кровати. Поперечные края полос должны быть либо просто обрезаны, либо иметь заводскую обшивку, и не должны содержать швов. Длина полос должна перекрывать ширину матраса и его высоту. К каждому краю свисающих с матраса полос пришивается плотная тесьма (лента), на боковых краях которой формируются две петли. В каждую петлю вдевается небольшой отрезок бельевой резинки и прочно завязывается в колечко. Таким образом, каждая полоса ткани имеет по краям четыре петли с вдетыми в них четырьмя резиновыми колечками. Резиновые колечки дают возможность достаточного натяжения полосы при ее фиксации на кровати.

Далее в каждое резиновое колечко вставляется одним концом S-образный крючок

(например, хозяйственный крючок для вешания сумок). Полоса туго натягивается на кровати и крепится свободным концом крючка к боковой поверхности рамы или пружинной сетке кровати. Если кровать деревянная и закрепить крючок не за что, в деревянную раму кровати ввинчивается саморез с петлей, и крючок цепляется за петлю самореза.

В результате больной всегда лежит на туго расправленных полосах, которые не сбиваются при перемещениях больного в кровати и не образуют складки. Кроме того, каждая из полос может быть удалена из-под больного автономно по мере загрязнения без удаления других полос. Да и стирать, сушить и гладить отдельные полосы проще, чем цельные больши́е простыни.

Если у больного имеется недержание мочи и/или кала, то между цельной простыней и средней полосой, находящейся под областью таза, подкладывается клеенка, не выступающая за границы полосы, а сверху полосы кла-

дется впитывающая пеленка. На впитывающую пеленку кладется небольшое махровое полотенце. Такое полотенце можно менять часто, а впитывающая пеленка служит дольше, и менять ее приходится реже – по мере того, как она наполнится содержимым. Кожа больного лучше реагирует на контакт с махровой тканью, чем с тканью впитывающей пеленки, и осложнения развиваются реже.

Полосы, используемые для ножного конца кровати, должны быть помечены особым образом, применяться только для ножного конца, стираться отдельно от остального белья, а у

больных, страдающих грибковыми заболеваниями ногтей, перед стиркой обязательно кипятиться.

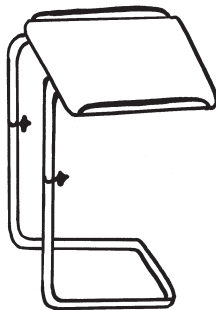
На лежачего больного рекомендуется надевать длинную (до середины бедра) трикотажную разрезанную по середине спины, наподобие распашонки, майку с V-образным достаточно открытым воротом, который бы не сдавливал шею. Майка должна быть на 1-2 размера больше размера больного и, в зависимости от температуры окружающей среды, быть теплой или тонкой, иметь длинный или короткий рукав.

7. Столики для лежащих больных

У кровати больного устанавливаются столики, которые используются во время приема пищи, проведения гигиенических процедур, для организации досуга и реабилитационных мероприятий.

Прикроватные столики

Конструкция столика рассчитана на его применение над кроватью. Основание прикроватных столиков находится на полу, рядом с кроватью больного или заходит под кровать, а верхняя часть со столешницей располагается над кроватью.



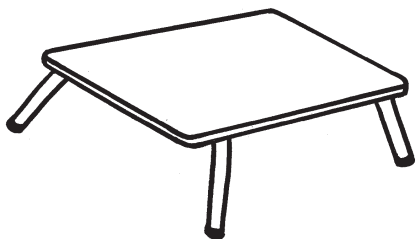
Основание некоторых прикроватных столиков снабжено колесами.



У некоторых моделей регулируется высота расположения столешницы, а сама столешница меняет угол наклона в зависимости от потребностей пациента. Ее поверхность допускает влажную дезинфекцию и местный нагрев от горячих блюд.

Накроватные столики

Маленькие по размеру столики, которые устанавливаются непосредственно на кровать больного. Состоят из основания, опирающегося на боковые края кровати или непосредственно на белье, лежащее поверх больного, и столешницы, которая в некоторых моделях может менять угол наклона. Более удобны модели, основание которых не соприкасается с больным. Это позволяет больному менять положение тела в кровати без опасения пролить или уронить стоящее на столешнице.



Столик-подушка

Легкий и устойчивый вид накроватного столика, который можно сделать самому с помощью небольшого круглого подноса, надувного резинового круга и кусочка ткани.

- На не туго накачанный резиновый круг поставить круглый поднос.
- Взять полоску ткани и сшить ее по длине в виде кольца, диаметр которого равен диаметру подноса.
- Верхнюю кромку ткани подшить таким образом, чтобы в неё можно было вдеть шнурок длиной чуть меньше длины окружности подноса, и стянуть им верхнюю кромку так, чтобы поднос не соскакивал с резинового круга при перемещении столика.
- Для определения высоты полоски ткани опустить ее вниз подшитой стороной, в которую уже продет шнурок, и в неё установить поднос, а сверху – не туго накачанный резиновый круг. Собрать неподшитую сто-

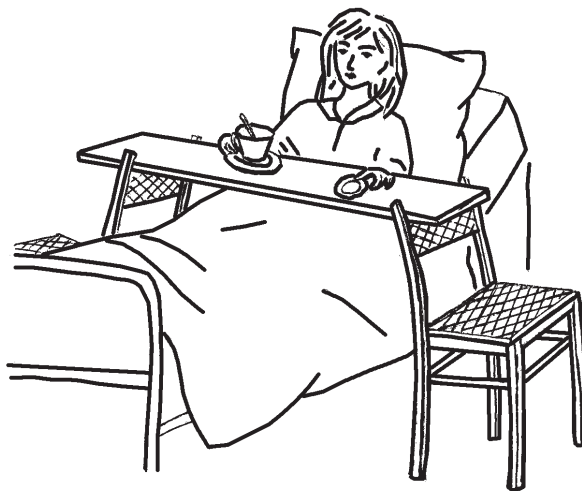
рону полоски так, как обычно завязывают мешок, стянуть ее веревкой, оставшиеся над веревкой края обрезать.

- Подравнивать обрезанный край ткани и подшить его так, чтобы в него можно было продеть резинку. Длина резинки должна быть такой, чтобы конструкцию можно было разобрать для чистки и стирки.

Резиновый круг можно заменить любым сыпучим материалом, поместив его в круглый мешочек на место круга. Можно применять пенопласт, хорошо разобранный на мелкие кусочки, или другие сыпучие материалы.

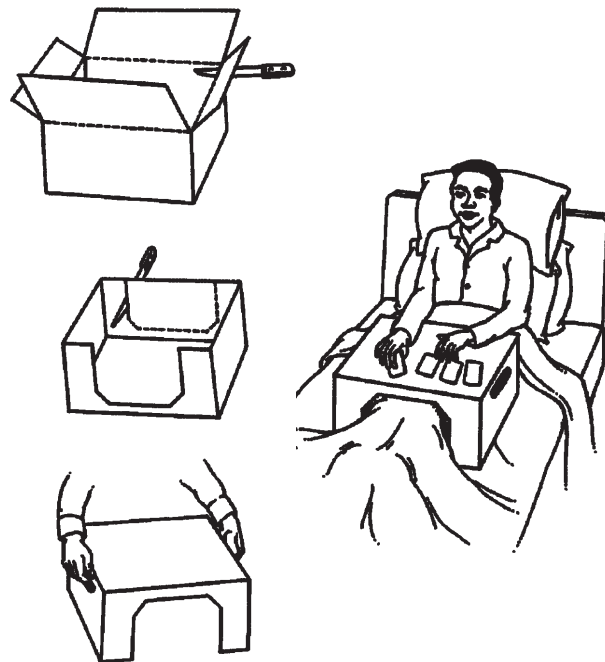
Временные столики

При необходимости можно сделать временный надкроватный столик, поставив с двух сторон к кровати больного два стула и положив на них доску.



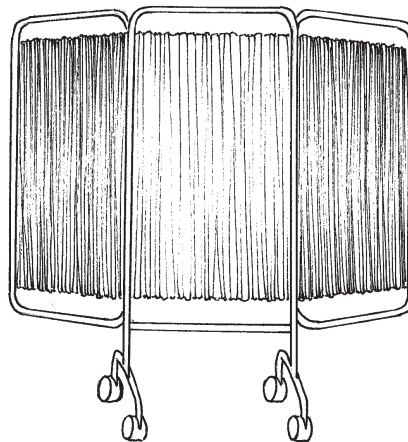
Можно также приспособить для этих целей картонную коробку:

- отрезать четыре крыла у большой прямоугольной коробки;
- вырезать два закругленных куска из самых длинных сторон коробки, чтобы создать промежуток для колен пациента. Оставить около 5 см у дна коробки и по сторонам для поддержки стола;
- перевернуть коробку вверх дном, вырезать узкие отверстия у верхней части каждой из коротких сторон, чтобы стол можно было брать и поднимать;
- укрепить стол, соединив резанные края коробки клейкой лентой. Чтобы стол был привлекательным, его поверхность можно оклеить тканью, обоями, самоклеющейся пленкой.



8. Ширма

Многие процедуры ухода, а также физиологические отправления требуют уединения больного. Если возможности уединиться нет, если лежащий больной находится в помещении не один (например, многоместная палата больницы), то его нужно обязательно отгородить ширмой. Стандартные медицинские ширмы бывают одно-, двух- и трехсекционные. Высота такой ширмы – 1,65 м. Общая ширина зависит от количества секций. Каркас изготовлен из тонкостенного стального профиля с нанесением экологически чистого полимерно-порошкового покрытия, устойчивого к дезинфицирующим средствам. Экран – пленка из непрозрачного поливинилхлорида.



Секции соединяются между собой муфтами. Выпускается ширмы в двух модификациях:

- на мебельных колесах;
- на полиэтиленовых заглушках.

9. Помощь при перемещении пациента

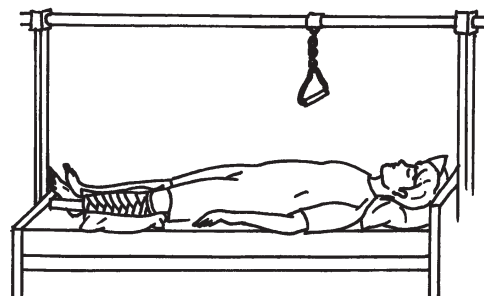
В данном пособии под перемещением понимается:

- изменение положения тела пациента в кровати;
- пересаживание пациента с кровати на стул или кресло;
- перекладывание пациента на другую кровать или каталку;
- подъем пациента для перестилки кровати;
- перенос пациента в ванную комнату или туалет.

Пациент во многих случаях может самостоятельно изменять положение своего тела в кровати. Это важно в нескольких аспектах. Во-первых, если он делает это самостоятельно, он реже нуждается в помощи ухаживающего персонала, во-вторых – это укрепляет его физические силы и способствует физической реабилитации.

«Балканская рама»

Устанавливается на функциональную кровать. Представляет собой металлическую П-образную раму, сделанную из круглой металлической трубы и крепящуюся к головному и ножному концу кровати в специальные гнезда. Своей горизонтальной частью рама располагается над пациентом. Предназначена для лечения вытяжением переломов верхних и нижних конечностей. Рама также используется пациентом для подтягивания и изменения положения тела в кровати, и для выполнения



реабилитационных упражнений. На раму можно навешивать медицинское оборудование и блоки двигательной реабилитации.

Чтобы не приобретать дорогостоящие готовые рамы, можно сделать раму на заказ по размеру своей кровати.

Удобная, простая и недорогая конструкция «балканской рамы» предложена Патронажной службой Свято-Димитриевского сестричества (Москва). Для создания такой конструкции достаточно иметь:

- трубы водопроводные – 3 шт. (перекладина – 1 шт., труба-стойка – 2 шт.);
- соединения для водопроводных труб: Т-образное – 1 шт., Г-образное – 1 шт.;
- хомуты – 4 шт.;
- «подпятники» из досок – 2 шт.;
- корсажная лента – 4-6 м;
- болты, шурупы.

При покупке труб и при нарезании на них резьбы необходимо предусмотреть следующее:

- в Т-образном соединении необходимо сделать сквозную нарезку резьбы, чтобы можно было ввернуть трубу насквозь;
- в обеих стойках резьбу нарезают с одного конца трубы на высоту не более 30 мм;
- с одной стороны перекладины нарезают резьбу 30 мм, а с другой стороны перекладины длина резьбы должна быть не менее 80-100 мм. Такая длина резьбы обусловлена тем, что второй конец перекладины вворачивают в Т-образное соединение насквозь, поэтому длина резьбы должна быть больше самого соединения.

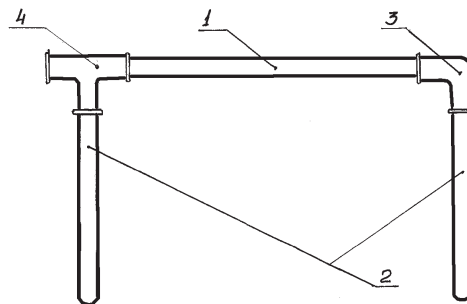
Определение размеров труб:

1. Длина перекладины берется равной сумме длины кровати и толщины (диаметра) труб с учетом того, что стойки располагаются с внешней стороны кровати, и добавочной 3-х сантиметровой «страхующей» длины.
2. Высота перекладины устанавливается с помощью большого следующим способом.

Больному нужно предложить обхватить поднятой вверх рукой любую палку, слегка согнув руку в локте, таким образом, чтобы можно было без усилий подтянуться и начать подъем или перемещение по кровати так, как он делал бы это с помощью «балканской рамы» на больничной койке. Если больному задача не по силам, родственники должны сами решить, насколько уменьшить высоту стойки от поднятой вверх и сжатой в кулак руки больного. При этом учитывается мышечная сила больного в целом. Высота «подпятника» при этом не принимается в расчет – она незначительна. Однако опасны поправки, увеличивающие высоту стоек: больной вынужден будет «тянуться» к перекладине, что может вызвать болевые ощущения и нанести вред его состоянию, как всякое излишнее напряжение ослабленных мышц.

Порядок сборки конструкции:

Основой конструкции являются водопроводные трубы, которые собираются в П-образный контур над кроватью больного.



1 – перекладина, 2 – стойки, 3 – Г-образное соединение, 4 – Т-образное соединение

В начале сборки необходимо соединить Г-образным соединением одну стойку и перекладину (со стороны короткой резьбы), эта часть устройства будет располагаться в изголовье больного. Вворачивать каждую из труб следует «до упора». В изголовье будет самая

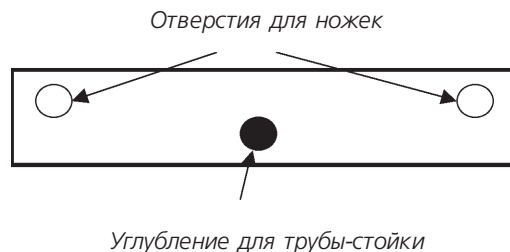
большая нагрузка, поэтому необходимо, чтобы соединение было жестким. При значительном весе больного для уплотнения соединения можно применить паклю.

Далее следует Т-образное соединение, которое наворачивается на «длинную» резьбу на втором конце перекладины. В Т-образном соединении предусмотрена сквозная резьба для ликвидации погрешностей при расчете размеров перекладины, которые могут возникнуть в результате различных неровностей спинки кровати или иных причин. Начинать сборку можно на полу, а вот «дотягивание» Т-образного соединения производится строго на месте в самый последний момент установки всей конструкции.

Для достижения устойчивости в конструкции предусмотрена установка «подпятников» (название условное). Подпятники — это две доски толщиной не менее 1,5-3 см, на которые опираются стойки, которые должны зафиксировать их постоянное местоположение и защитить пол от повреждений. Конструкция

подпятника не может быть универсальной, так как конструкции кроватей различны. Мы рассмотрим несколько вариантов, которые помогут вам определить изменения в конструкции для вашей кровати.

Для кровати на четырех ножках, расположенных близко к плоскости спинок, подбираются доски длиной чуть больше (на 2-5 см) ширины кровати. В каждой доске делаются два отверстия и углубление (несквозное, чтобы не повредить пол). Отверстия делаются насквозь по размерам, которые позволяют ножкам встать в них и тем самым жестко зафиксировать положение доски на полу по отноше-



нию к кровати. Отверстия сверлятся с припуском по диаметру, что упрощает сборку. В углубление вставляется труба-стойка, поэтому его диаметр должен строго соответствовать диаметру трубы (с натягом), создавая необходимую жесткость соединения. В противном случае необходимо предусмотреть какой-либо уплотнитель (ткань на клею, например). Глубина углубления зависит от плотности пола, веса кровати и веса больного.

Если спинки кровати стоят на полу одной ровной поверхностью, то доска берется более широкая и в ней делается одно углубление для трубы-стойки. Положение спинок кровати необходимо зафиксировать с помощью небольших уголков, закрепив их на доске с двух сторон спинки.

Все иные варианты строятся по принципу: подложить доски под спинки или ножки, закрепить положение спинок или ножек на доске любым самым простым способом, не нарушая целостности спинок, высверлить

углубление на месте установки трубы-стойки.

Для удержания труб-стоек в вертикальном положении необходимы дополнительные крепления их к спинкам кровати. Здесь без повреждений спинок не обойтись. Как правило, установка мощных крепежей не требуется, жесткость конструкции достигается жесткостью крепления стоек в «подпятниках», необходимо лишь предусмотреть отклонение стоек от вертикали в момент подтягивания больного. Практика показала, что применение «подпятника» описанной конструкции исключает всякие осложнения, связанные с устойчивостью стоек, даже при креплении их к спинкам кроватей с помощью обычных «хомутов». Можно использовать алюминиевые хомуты в форме полуколец с двумя ушками для болтов.

Для прочности и надежности конструкции рекомендуется ставить по 2 хомута на каждую стойку, которые крепят её к спинке кровати в верхней и нижней части спинки. В спинке кровати делаются сквозные отверстия, и хомуты

крепятся болтами. Крепежные гайки наворачиваются снаружи кровати, так чтобы больной не поранился о них. Можно использовать тонкие болты с большими головками, это обеспечивает необходимую прочность крепежа и требует меньшего повреждения кровати.

Для предотвращения прикосновения к холодному предмету, которое часто воспринимается больным очень болезненно, необходимо обмотать металлическую перекладину тканью. Более всего для этого подходит корсажная лента. Она не скользит, не сильно пачкается от рук, плотно ложится на трубу.

Для наматывания корсажной ленты на перекладину следует применять прием «несползающей повязки». Каждый новый виток ленты вокруг трубы предполагает её переворачивание с лица на изнанку, т.е. на 180 градусов, если поворот ленты будет сделан в одном и том же месте по одной линии на всей протяженности трубы, то труба будет иметь вид заплетенной «косички». Корсажная лента,

плотно навитая на перекладину, придает эстетичный вид всей конструкции и хорошо защищает от холодной трубы руку больного.

Кронштейн вспомогательный

Кронштейн Г-образной формы может устанавливаться вместо «балканской рамы». Крепится в изголовье функциональной кровати. Свободный конец нависает над головой пациента. Устанавливается на кровать для того, чтобы пациент мог подтягиваться и самостоятельно изменять положение своего тела в кровати.



Для самостоятельного изменения положения тела в кровати, помимо описанных выше кронштейнов, можно использовать и другие приспособления. Главное их достоинство состоит в том, что их можно использовать не только на функциональных, но и на обычных кроватях. Некоторые из них не крепятся к кровати и могут использоваться автономно (например, передвижной вспомогательный кронштейн), а для других нужно, чтобы у кровати была задняя спинка или прочная рама, к которой эти приспособления можно было бы прикрепить. Если ножной конец кровати прижат к стене, приспособление можно прикрепить непосредственно к стене. В некоторых случаях, если кровать расположена вдоль стены комнаты, для более удобного подтягивания пациента приспособление может сочетаться с настенным поручнем. В таком случае пациент подтягивается, используя одной рукой приспособление, а другой – настенный поручень.

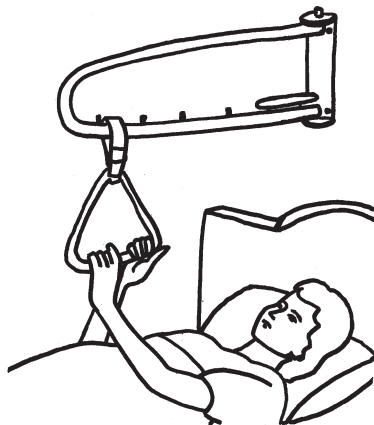
Кронштейн вспомогательный передвижной

Универсальный кронштейн представляет собой автономное, не соединенное с кроватью приспособление, имеющее прочное и устойчивое основание. Может устанавливаться около любых кроватей, которые не имеют возможности крепления стандартной «балканской» или Г-образной рамы. Особенно удобен в домашних условиях.



Настенный кронштейн

Кронштейн жестко крепится болтами или саморезами к стене в изголовье кровати. Для этого фланцы на концах кронштейна снабжены отверстиями. Применяется в тех случаях, когда больной не имеет возможности использовать функциональную кровать.



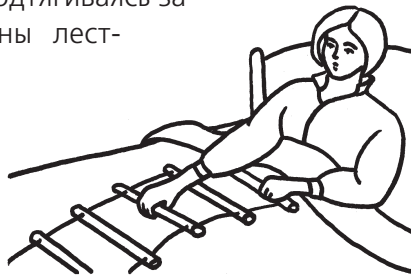
Веревка для самостоятельного перемещения в постели

Используется прочная толстая веревка. Один ее конец крепится к ножной спинке кровати, а свободный конец должен доставать до кистей лежащего на кровати человека. Держась за веревку и подтягиваясь за нее, пациент может самостоятельно сесть в кровати. Для предупреждения скольжения рук по веревке во время подтягивания на ней должны быть достаточной величины узлы, расположенные через равные промежутки. Конец веревки, обращенный к пациенту, может быть снабжен петлей для более удобного захвата рукой.

Веревочная лестница для самостоятельного перемещения в постели

Другим видом такого приспособления является фрагмент веревочной лестницы, один конец которого крепится к ножной спинке

кровати, а свободный конец, точнее последняя перекладина лестницы, должна доставать до кистей лежащего пациента. Пациент садится в кровати, подтягиваясь за перекладины лестницы.



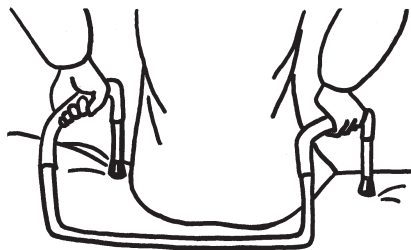
Для самостоятельного перемещения в постели больной или ослабленной ноги можно использовать длинный ремень, имеющий на конце петлю.



Для облегчения поднятия больного с кровати можно использовать приспособление, сделанное из пластика или толстой кожи с прорезями для захвата.



Для того чтобы больному было легче самому встать, можно использовать маленькую опорную раму.



Перемещение с кровати на кресло и обратно

Пересаживаться с кровати на стул или кресло-каталку больной может самостоятельно или с помощью помощника. Кровать должна быть на одном уровне с креслом-каталкой или стулом.

Самостоятельное перемещение с кровати на кресло и обратно

Вначале больному готовят халат, тапочки, стул или кресло-каталку. Помогают ему одеться и сесть в кровати, так чтобы его ноги касались пола. Кресло-каталку или стул ставят под небольшим углом к кровати с той стороны больного, которая физически более сильная.

Кровать ставят на тормоза. Если больной перемещается на кресло-каталку, у кресла фиксируют тормоза, убирают подлокотник со стороны, близкой к больному, и подставку для ног.

Больной должен сесть на край кровати, одной рукой опереться на нее, а другой - взяться за подлокотник кресла-каталки. Затем он встает с постели, одной рукой опираясь на кровать, а другой - на подлокотник кресла, поворачивается спиной к креслу и осторожно садится в него.

При перемещении из кресла-каталки в кровать больной одной рукой держится за подло-

котник кресла, а другой опирается о кровать, затем встает с кресла-каталки, опираясь о кровать одной рукой, а другой держась за подлокотник кресла, поворачивается спиной к кровати и осторожно садится на нее.

При перемещении с кровати на стул и обратно можно использовать те же приемы, что и при перемещении с кровати на инвалидное кресло. Для безопасности больного лучше использовать стул с подлокотниками.

Перемещение с кровати на кресло и обратно с помощью помощника

Объясните пациенту Ваш план перемещения и поощряйте его посильную помощь.

Больному приготовьте халат, тапочки, стул или кресло-каталку. Кровать должна быть на одной высоте со стулом (креслом-каталкой). Посадите больного в кровати так, чтобы его ноги касались пола. Поставьте стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у больного физически

более сильная. Кровать поставьте на тормоза. Если Вы перемещаете больного на кресло-каталку, уберите подлокотник, подставку для ног и зафиксируйте тормоза. Помогите больному одеться и обуться.

Ваши колени должны быть согнуты, спина выпрямлена. Подложите одну руку под плечи больного, а другую под его бедра. Не поворачивайте свою спину в пояснице.

Попросите больного, чтобы он обнял Вас за талию или плечи (но не за шею!), а Вы проденьте свои руки под его руками, наклонясь вперед.

Когда больной будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, чтобы он мог сохранять равновесие, когда Вы будете перемещать его тело вперед. Ноги больного должны стоять на полу, а пятки быть слегка повернутыми в направлении движения. Это необходимо для того, чтобы его ноги не запутались, когда он будет поворачивать корпус, чтобы сесть в кресло-каталку или на стул.

Поставьте свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями больного коленом к нему, а другую - по направлению движения.

Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, спину держите прямо.

Встаньте как можно ближе к больному. Предупредите его, что на счет "3" Вы поможете ему встать. На каждый счет слегка покачайтесь вперед и назад для создания инерции. На счет "3", прижимая больного к себе и держа спину прямо, поднимайте его, используя свое тело как рычаг. Поворачивайтесь сами одновременно с поворачиванием тела больного до тех пор, пока он не займет положения прямо перед креслом-каталкой. Попросите больного предупредить Вас, когда он почувствует край кресла задней поверхностью бедер. Осторожно опустите больного в кресло. Для этого Вам нужно согнуть колени и держать спину прямо. Опускаясь в кресло, больной может помочь Вам, если положит руки на под-

локотник кресла. После того как он сядет в кресло, поставьте подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместите ноги больного.

Доска для перемещения пациента

Удобное приспособление для самостоятельного или с помощью помощника перемещения пациента, не способного передвигаться на ногах. Представляет собой прочную деревянную доску с гладкой скользящей поверхностью. Доска имеет стопорные отверстия или вырезы по контуру, которыми фиксируется для надежности, например, к спинке кресла-каталки.



Такая доска уменьшает трение при скольжении и может быть полезна больным с сильными руками, но не имеющими возможности опираться на ноги при пересаживании.

Использование такой доски уменьшает нагрузку на помогающего и позволяет пациенту активно участвовать в перемещении, физически укрепляя его.

Использование гладкой доски для перемещения больного с кровати на стул или инвалидное кресло и обратно

Кресло или стул придвиньте вплотную к кровати, кресло поставьте на тормоза, снимите подлокотник с кресла со стороны кровати.

Больной должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него.

Больной должен перенести вес своего тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу.

Один конец доски больной подсовывает под ближайшую к коляске ягодицу.

Опираясь одной рукой на кровать, а другой на свободный край доски, больной скользит в кресло по доске, прижимая ее к сидению.

После усаживания в кресло он вынимает из-под себя доску.

Сидя в кресле, он перемещает с кровати ноги и ставит их на подставку для ног. Таким же образом можно перемещаться из кресла на кровать.

Перемещение по доске с кровати на кресло-каталку с помощью помощника

Кресло или стул придвиньте вплотную к кровати, кресло поставьте на тормоза, снимите подлокотник с кресла со стороны кровати.

Больной должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него.

Больной должен перенести вес собственного тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу.

Один конец доски подсуньте ему под ближайшую к коляске ягодицу.

Встаньте за спиной больного и свои руки положите ему на талию.

Одной рукой больной должен опираться на кровать, а другой на свободный край доски.

Затем, опираясь на свободный край доски и пригибая ее к креслу, больной с вашей помощью и помощью другой руки должен перемещаться в кресло.

Вытащите из-под него доску.

Переместите с кровати его ноги и поставьте их на подставку для ног. Таким же образом можно перемещаться из кресла на кровать.

Поворотный круг

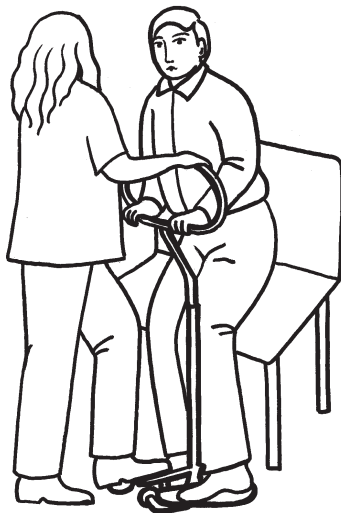
Поворотный круг состоит из двух подвижно соединенных между собой дисков. Нижняя часть поворотного круга прилегает к полу, а верхняя свободно вращается. При подъеме с кровати больной сначала должен сесть на край кровати, ступни ног поставить на поворотный круг. Затем с помощью помощника пациент встает на подвижную часть круга. Далее

помощник, придерживая больного, поворачивает его на подвижной части круга так, чтобы спина больного оказалась напротив стула или кресла, в которое он должен пересесть. Затем больной опускается на стул или кресло. Поворотный круг позволяет помощнику экономить силы и уменьшает нагрузку на его спину и мышцы.



Поворотный круг с ручкой

Такой же поворотный круг, но с ручкой-тростью в центре. При повороте диска по кругу для устойчивой опоры пациент держится за ручку-трость.



Подъемник

Подъемники предназначены для подъема лежачего пациента и перемещения его внутри помещений не с помощью рук ухаживающего персонала, а с помощью специального механизма. Применяются при смене постельного



белья, перемещении пациента с кровати на стул, кресло или каталку, при перемещении пациента в ванну или туалет.

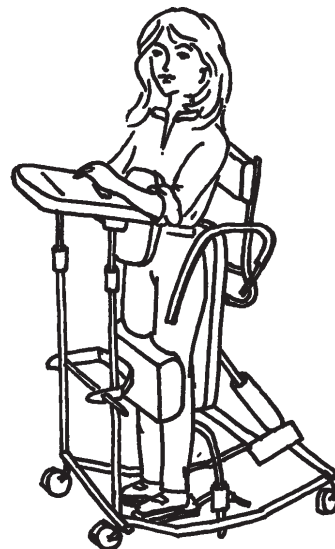
Подъемники позволяют осуществлять уход даже за самыми тяжелыми больными одному человеку.

Подъемники бывают механические и электрические, передвижные и стационарные.

Основание передвижных подъемников располагается на колесах, стационарные подъемники крепятся к стене и «обслуживают» определенную кровать или зону.

Вертикализатор – специальный тренажер, благодаря которому пациент может самостоятельно принять вертикальное положение и находиться в нем длительное время для активизации и реабилитационных занятий. Перемещение пациента в вертикальное положение с помощью вертикализатора способствует улучшению функции внутренних органов (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищева-

рительной и др. систем), предупреждает развитие последствий малоподвижного образа жизни (тугоподвижности суставов и контрактур, мышечной дистрофии), способствует активизации психических процессов, улучшает эмоциональный статус пациента.



10. Помощь при передвижении пациента

В данном пособии под передвижением понимается:

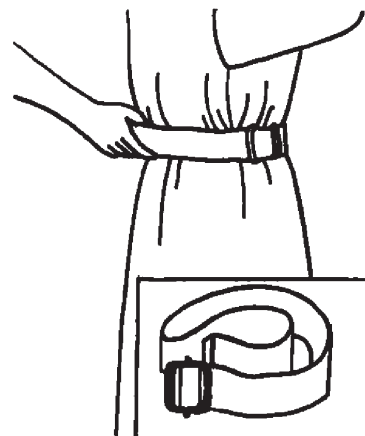
- ходьба пациента по комнате;
- посещение пациентом ванной комнаты или туалета;
- ходьба пациента по квартире;
- ходьба пациента по улице.

Для облегчения перемещения можно использовать ряд приспособлений.

Поддерживающий пояс

Для надежного фиксирования передвигающегося ослабленного пациента или пациента с нарушениями координации, либо с иной угрозой падения помощник может использовать широкий прочный пояс, который одевается больному поверх одежды и фиксируется зам-

ком. Для того чтобы пояс сильно не давил на тело пациента, на него можно надеть чехол из толстой мягкой ткани. При передвижении больной обхватывает одной рукой помощника за шею, а помощник поддерживает пациента одной или двумя руками за пояс. Такой пояс позволяет помощнику применять значительно меньшее усилие при перемещении больного и надежно контролировать ситуацию. Пояс может также применяться и при перемещении больного с кровати на стул.



Поручни

Поручни или опорные кронштейны – реабилитационное средство для ухода за больными, ослабленными или пожилыми людьми, обеспечивающее им дополнительную поддержку и значительно расширяющее возможности больного человека.

Основное предназначение поручней – помогать самостоятельно изменять положение тела и сохранять его устойчивое положение. Их применяют для помощи людям с ограниченными возможностями при изменении положения тела в кровати, при пользовании ванной, туалетом, душем, для облегчения перемещения по коридорам, лестницам и палатам, а также в других местах, где это необходимо.

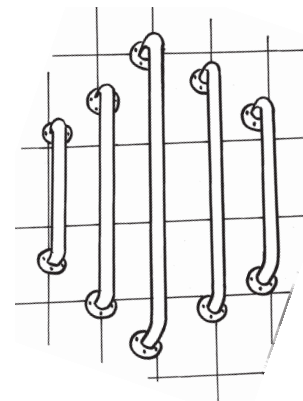
Поручни изготавливаются из металлических или пластиковых труб круглого сечения со специальным напылением, имеющим шероховатую противоскользящую поверхность.

Продаются поручни в стандартных конфигурациях, но многие фирмы берутся делать их по эскизам заказчика.

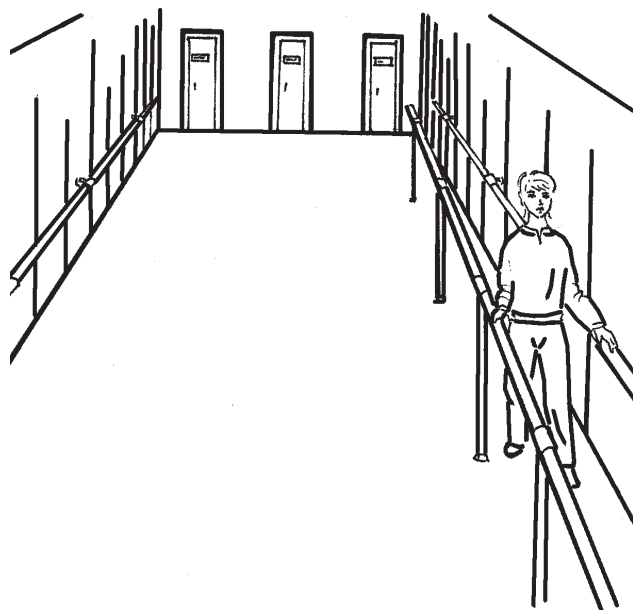
Фланцы на концах поручней снабжены отверстиями для их жесткого крепления шурупами к стене, потолку или полу. Между стеной и поручнем должно быть достаточное расстояние для удобного захвата (4-6 см), а диаметр поручня должен быть удобным для пациента (3-5 см).

В зависимости от потребностей пациента поручни могут различаться размером, формой, способом и местом крепления.

В коридорах и на лестницах поручни крепятся к стенам по пути передвижения больного на высоте 0,7 - 0,9 м от пола, в зависимости от роста, под правую или левую руку больного



(более сильную). Если у ослабленного больного возникает необходимость держаться двумя руками за два поручня, то один поручень крепится вдоль стены, а второй – на вертикальные стойки, которые крепятся к полу на некотором



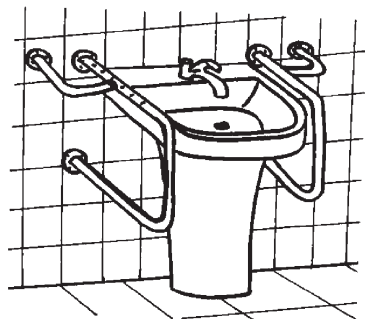
расстоянии от стены. Между двумя рядами поручней образуется проход, ширина которого подбирается в соответствии с размерами больного.

В ванной комнате и туалете настенные поручни крепятся к стене и придают устойчивость в положении стоя, а также при переходе в вертикальное положение из положения сидя и наоборот.

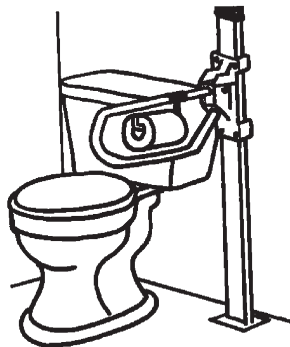


Поручни могут также крепиться около раковины, обеспечивая устойчивость пациента, совершающего утренний или вечерний туалет.

Аналогичный поручень может быть установлен около раковины в кухне.



Для дополнительной устойчивости в туалете рядом с унитазом может быть установлен вертикальный поручень, который крепится одним концом к полу, а другим – к потолку.



На край ванны может устанавливаться опорный кронштейн, позволяющий пациенту сохранять устойчивость при залезании или вылезании из ванны.

Для лежачих больных, если кровать расположена вдоль стены, на стене может быть установлен кронштейн, позволяющий пациенту держаться за него при изменении положения тела в кровати.

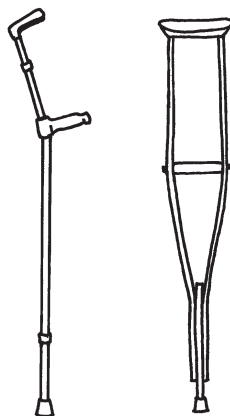
Вертикальный опорный кронштейн, который крепится одним концом к полу, а другим к потолку, может быть установлен рядом с кроватью или креслом пациента, испытывающего затруднения при вставании.

Костыли

Костыли используются для улучшения координации и уменьшения нагрузки на ноги путем увеличения опоры и переноса массы тела на верхнюю часть туловища и руки.

Стандартные костыли изготавливаются из легкой породы дерева или алюминия. Их конструкция обычно предусматривает платформу для опоры подмышкой, ручку, двойную планку, переходящую снизу в одну стойку с резиновым наконечником диаметром 3–8 см. Костыли могут иметь зажимы, винты или другие приспособления, с помощью которых регулируют их высоту.

Костыли с упором на предплечье изготавливаются из алюминия и имеют стойку, упор-зажим и ручку. Хотя костыли такого типа обеспечивают недостаточную боковую опору, они меньше по размеру, более функциональны при подъеме по лестнице. Их можно использовать одновременно с ортопедическими аппаратами.



При использовании костылей различных видов следует помнить о том, что:

- массу тела следует переносить на руки, а не на подмышки, чтобы избежать повреждения подмышечной области;
- необходимо поддерживать широкую базу для опоры даже во время отдыха;
- нужно держать костыли примерно в 10 см снаружи и спереди от стопы;
- при использовании костылей с упором в подмышечные впадины опорные стойки должны находиться близко от груди для обеспечения лучшего равновесия;
- голову нужно держать прямо и сохранять ровное положение тела во время ходьбы.

Наилучшая позиция больного, стоящего на костылях: голова высоко приподнята, спина прямая, здоровое колено слегка согнуто. Для поддержки можно опереться спиной о стену. Наконечники костылей должны находиться с внешней стороны стопы на расстоянии примерно 15 см и слегка впереди от носков. Если

у больного широкие бедра, наконечники лучше отвести в сторону на большее расстояние. Расстояние между подмышкой и верхней частью костылей должно быть около 2-3 пальцев. Локти согнуты под углом 25-30°. При правильно подобранной высоте костылей и ширине их расстановки тело должно легко отрываться от пола. Руки при этом должны быть почти прямыми. Приспособленность к костылям проверяется во время прогулки.

Для того чтобы встать со стула, сначала сдвигаются на край сиденья, сложенные вместе костыли помещают с поврежденной стороны и ухватываются за них изнутри. Затем, опираясь одной рукой на ручки костылей, а другой на подлокотник или сиденье, переносят вес тела на здоровую ногу и встают на нее.

Для того чтобы сесть, повторяют те же движения, начиная с размещения двух костылей на поврежденной стороне. Затем больной выпрямляет спину и садится. При этом он должен быть уверен, что кресло или стул не качаются.

При ходьбе с костылями помещают оба костыля одновременно на 30 см впереди и 15-20 см в сторону пальцев ноги. Переносят, опираясь на рукоятки, тяжесть тела вперед. Затем перемещают вперед на длину шага здоровую ногу и встают на нее. Приземляются на пятку так, чтобы костыли были позади больного.

Поступь челночного типа наиболее проста и безопасна для тех, кто начинает пользоваться костылями. Начинать надо с того, чтобы вынести костыли вперед, перенести тяжесть тела вперед, опираясь на руки, и скользнуть в том же направлении здоровой ногой.

При подъеме или спуске с лестницы можно использовать следующий метод. Больной берет оба костыля под одну руку, придерживает их изнутри большим пальцем. Другой рукой ухватывается за перила (рука немного впереди тела).

Начиная подъем, костыли ставят на том же уровне, где стоят ноги. Затем равномерно распределяют вес тела на руке, опирающейся на

костыль, и на перилах. Поднимают здоровую ногу на ступеньку, оставляя позади больную ногу, выпрямляют здоровую ногу и встают на нее. Затем поднимают на ступеньку костыли.

Если нет перил, на костыли опираются обеими руками. Костыли располагают на той же ступеньке, на которой стоят ноги. Затем, опираясь на костыли, ставят здоровую ногу на следующую ступеньку, переносят на нее вес тела. После этого поднимают на ступеньку костыли.

При спуске со ступеней костыли помещают на нижнюю ступень, вытягивают больную ногу и ставят ее на нижнюю ступень. Затем равномерно опираются на руку, держащую костыли, и на перила. Здоровую ногу ставят на нижнюю ступень. Рекомендуется пользоваться этим методом при спуске или подъеме на узких лестницах.

Трости опорные

Опорная трость служит вспомогательным средством поддержки для ходьбы при слабости, нарушении координации и используется для поддержки с одной или двух сторон. Использование трости для ходьбы улучшает равновесие за счет создания дополнительной точки опоры.

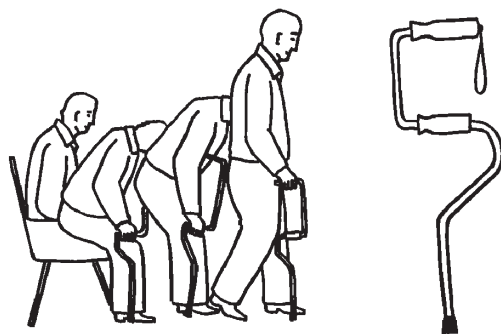
Как и другие вспомогательные средства поддержки, она способствует уменьшению ограничений при передвижении, во время прогулок, посещения общественных мест.

Трости изготавливаются из различных материалов: дерева, пластика, металла. Опора тростей имеет съемный наконечник, сделанный из прочной резины, препятствующей скольжению. Опора некоторых тростей имеет съемный металлический наконечник для перемещения по снегу и льду.

Трости различной конструкции обеспечивают поддержку больного во время ходьбы.

Стандартные трости для ходьбы изготавливаются из дерева или пластика и имеют резиновый наконечник диаметром около 5 см. Эти трости можно использовать при ходьбе на улице или в домашних условиях. Однако недостатком их является то, что не всегда удастся подобрать трость по размеру для пациента.

Двухуровневые трости позволяют использовать их не только при ходьбе, но и как опору при вставании с кресла или кровати.



Многоопорные трости с тремя или четырьмя ножками за счет расширенного основания обеспечивают стабильную опору, способствуют более прочной поддержке пациента с нарушением равновесия и облегчают ходьбу. Ножки трости обычно короче со стороны пациента, что дает ему больше пространства для ног.

При правильном использовании трости ее следует держать в руке, противоположной пораженной конечности: рука и нога передвигаются одновременно.

Также важно правильно рассчитать размер ручки трости с учетом силы захвата ее рукой. Правильные размеры трости важны для обеспечения эффективного и безопасного передвижения.



Трость опорная раздвижная представляет собой раздвигающуюся металлическую телескопическую трубку с фиксирующим длину стопорным устройством. Трость удобна тем, что может изменять свою длину в зависимости от роста пациента.

Трость опорная складная представляет собой несколько фрагментов металлической трубки, через которые пропущен резиновый жгут. При необходимости колена трости разъединяются и компактно складываются. Когда нужно использовать трость по назначению, колена соединяются вместе, а резиновый жгут фиксирует их как единое целое.

Трость-стул удобна тем, что дает возможность человеку при остро возникшей необходимости присесть на откидное сидение трости для отдыха там, где другой возможности сесть нет. Трость-стул особенно актуальна, когда пожилой или ослабленный пациент совершает прогулки или другие необходимые перемещения.

Ходунки

Ходунки улучшают координацию движений, позволяют сохранять равновесие и уменьшают нагрузку на нижние конечности.

По сравнению с тростью и костылями, ходунки обеспечивают наибольшую стабильность и устойчивость пациентов за счет более широкой базы для поддержки и опоры, улучшенной продольной и поперечной устойчивости.

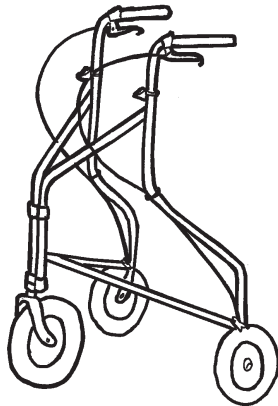
Ходунки изготавливают из алюминия, они имеют накладные ручки из резины или пластика.

Ножки большинства моделей – телескопические, что позволяет регулировать высоту



опорной части в зависимости от роста пациента. Ножки обычных моделей снабжены съемными наконечниками, сделанными из прочной резины, препятствующей скольжению. В других моделях передние ножки ходунков снабжены колесами, что позволяет пациенту передвигаться, поднимая не всю конструкцию, а только задние ножки ходунков. В некоторых фирмах колеса можно приобрести отдельно в виде насадок на ножки обычных ходунков. Однако ходунки с колесиками снижают устойчивость пациентов и могут привести к падению, поэтому желательно, чтобы они были снабжены тормозами.

Различают также шагающие и нешагающие модели ходунков. Негашающие модели –



жесткая конструкция, действующая как единое целое. Шагающие модели в трубках, скрепляющих правую и левую сторону ходунков, имеют шарниры, позволяющие смещать стороны ходунков по отношению друг к другу. Это позволяет пациенту при перемещении вперед одной части ходунков опираться на вторую их сторону.

Для пациентов, имеющих проблемы не только с передвижением, но и вставанием с кровати или стула, удобны двухуровневые модели ходунков. Более низкий опорный уровень используется в момент вставания, а более высокий – при передвижении.



Некоторые модели ходунков могут складываться и при хранении занимают мало места.

Все виды ходунков небезопасны при подъеме и спуске по лестнице. Кроме того, они громоздки и неудобны для использования в ограниченном пространстве и могут застревать в дверных проемах.

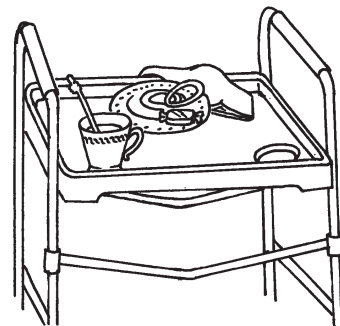
При использовании ходунков следует помнить о том, что:

- для максимальной устойчивости ходунки нужно поднять и затем опустить на все четыре ножки;
- необходимо поддерживать правильную осанку и положение тела;
- не подходить слишком близко к передней перекладине, так как это может уменьшить опору и привести к падению назад.

Когда пациент сидит, ходунки можно использовать как столик для еды или иных занятий, если разместить на верхних опорах лист фанеры соответствующего размера с крепежным устройством. Можно также восполь-

зоваться готовыми столиками для ходунков.

Подвешенные к ходункам сумки позволяют освободить руки.



Пандусы

Пандус – это искусственно созданная наклонная поверхность, которая необходима в местах перепада горизонтальных уровней, превышающего 4 см: на пешеходных путях, при входах и во внутренних помещениях зданий и сооружений.

Существует несколько типов пандусов.

В одних случаях пандусом называется архитектурное сооружение, прямоугольная или криволинейная в плане наклонная площадка. Подобные пандусы используются в общественных местах для пологого въезда на высоту дет-

ских и инвалидных колясок, каталок и носилок, автомобилей и т.п. Они могут заменять лестницы внутри и снаружи зданий.

В других случаях (в реабилитологии) пандусом называются металлические полосы, по которым колесные средства передвижения, прежде всего инвалидные кресла, могут легко спускаться или подниматься, преодолевая разного рода препятствия. По внешним (не прилегающим к стенам) боковым краям пандуса и горизонтальных площадок предусматриваются бортики высотой не менее 5 см для предотвращения соскальзывания коляски.

Если человек передвигается в кресле-коляске самостоятельно, то угол наклона пандуса может достигать 15° . При преодолении препятствий с посторонней помощью угол может быть увеличен до $25-35^\circ$ в зависимости от длины пандуса.

Пандус может быть выполнен либо в виде одной широкой полосы, ширина которой позволяет въехать по ней коляске, либо в виде

двух узких полос, по каждой из которых движется пара колес одной стороны коляски.



Второй тип пандусов имеет разные варианты исполнения:

- обыкновенный односекционный для преодоления небольших препятствий (самый

компактный и легкий) разной длины, обычно не более 1200 мм;

- раздвижной (телескопический) универсальный, может выпускаться длиной до 5 м (ограниченная возможность самостоятельного использования, т.к. имеет значительный вес);
- складной для преодоления порожков и мелких препятствий с перепадом высот.

Пандусы изготавливаются из сплава алюминия и достаточно легки (от 5 кг), что делает возможным их самостоятельное использование. Поверхность, по которой движутся колеса, покрыта материалом, препятствующим скольжению.

Передвижение по лестнице с помощью дополнительных ступенек

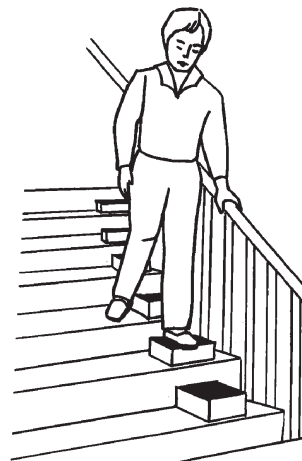
Если на лестнице, по которой должен передвигаться человек с ограниченными возможностями, высота ступенек слишком велика для

него и это является проблемой для самостоятельного передвижения, можно использовать дополнительные ступеньки.

Изготовить такие ступеньки можно из прочного материала (например, фанеры) в виде прямоугольных коробок.

Высота таких коробок составляет половину высоты лестничной ступени. Таким образом, пациент, спускаясь по лестнице, делает каждый раз только полшага.

Такие ступеньки можно либо "намертво" закрепить на лестнице, либо, если есть необходимость их убирать, их нижнюю поверхность следует покрыть противоскользящим материалом, например, резиной.



11. Помощь при одевании и раздевании

При возникновении проблем с одеванием и раздеванием, прежде всего, необходимо выполнять следующие рекомендации:

- пациент должен использовать свободно сидящую легкую одежду, застегивающуюся спереди;
- вместо пуговиц можно использовать застежки типа «липучки»;
- рубашки и кофточки при надевании через голову могут быть наполовину застегнуты;
- манжеты должны быть достаточно широкими, чтобы их можно было использовать с заранее застегнутыми пуговицами;
- брюки и юбки должны быть с эластичными поясами.

Некоторые реабилитационные приспособления позволяют больным с ортопедическими и неврологическими проблемами, затрудняющими нагибание, использование рук и т.п.,

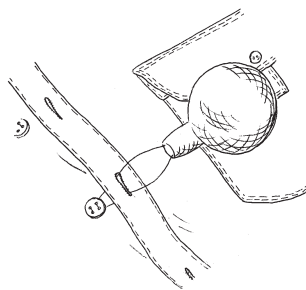
самостоятельно снимать и надевать одежду.

С помощью пластикового лотка, имеющего внутреннюю гладкую поверхность, примыкающую к стопе пациента, и наружную поверхность, имеющую покрытие, цепляющееся за ткань носка или чулка, пациент может достаточно легко сам надевать носки или чулки. Предварительно носок или чулок собирается в гармошку и одевается на лоток. Ступня затем вставляется в лоток, а лоток сдвигается к задней стороне ноги, протягивая носок на ступню.

С помощью ручки с петлей можно застегивать пуговицы на рубашке или кофточке.



Ручка может иметь различную форму, удобную для захватывания ее рукой. Петля устройства продевается в рубашечную петлю для пуговицы, захватывает пуговицу и, протягивая ее обратно через рубашечную петлю, застегивает пуговицу.



При застегивании молний на одежде в отверстие ручки замка молнии можно вставить проволочную петлю или кольцо для удобного захватывания рукой или специальным крючком.



С помощью специального крючка на деревянной палке можно помочь себе при надевании пиджака, куртки или пальто.



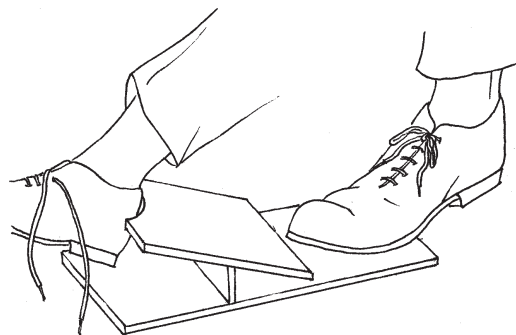
С помощью двух «сильных» прищепок, соединенных прочной веревкой или цепочкой, можно достаточно просто надеть брюки.



Ложка для надевания обуви должна быть снабжена длинной ручкой.

Застежки на ботинках должны быть типа «липучки».

А для снятия ботинок можно использовать следующее простое приспособление.



12. Помощь при осуществлении личной гигиены

Все больные нуждаются в купании.

В зависимости от диагноза и тяжести состояния, купание может происходить непосредственно в кровати больного либо в комнате, где находится кровать, либо в ванной комнате.

Место купания и степень участия в нем пациента определяются его общим состоянием.

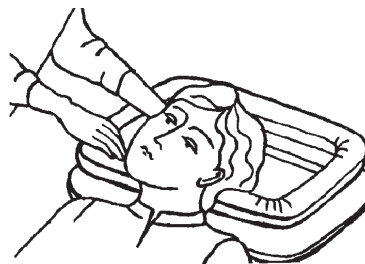
Мытье головы в кровати

Для мытья головы необходимы следующие принадлежности: тазик для воды, подставка для таза, кувшин с теплой водой, мыло или шампунь, клеенка, полотенце, расческа, косынка.

Лежачего больного кладут на спину, под спину подкладывают подушку, так чтобы верхний край ее доходил до уровня плеч. Голова

больного должна быть запрокинута. В изголовье кровати стелется клеенка, и под голову ставится тазик на подставке. Можно вместо тазика использовать удобную современную надувную ванну для мытья головы.

Можно также использовать самый малень-



кий детский надувной бассейн. Волосы из кувшина смачиваются теплой водой ($34-37^{\circ}\text{C}$), наносится шампунь и распределяется по голове, намыливаются волосы. Затем волосы хорошо промываются теплой водой из кувшина, пока не будут удалены все остатки пены. После ополаскивания волосы вытираются насухо

полотенцем и причесываются. На голову надевают косынку, или голову покрывают сухим полотенцем. Осторожно вынимают тазик с водой и подставку, убирают клеенку, удобно укладывают больного на подушку. Частота мытья зависит от пожеланий больного и степени загрязнения волос. Обычно голову моют 1–2 раза в неделю.

Мытье головы в положении сидя

Больной сидит в кресле или на стуле спиной к раковине или столу, на котором установлен водосборник (таз, ведро и т.п.). Между раковиной и шеей больного располагается продолговатый лоток, имеющий вырез, плотно облегающий шею.



При мытье головы вода свободно стекает по лотку в раковину или иной водосборник. Сделать самому такой лоток можно из куска тонкой фанеры, соответствующей длины и ширины (ширина определяется шириной плеч). С одной стороны лотка делается вырез для шеи. По краям длинной стороны лотка набиваются две рейки высотой 2–3 см. Их назначение – препятствовать стоку воды с боковых поверхностей лотка. Затем лоток обклеивается медицинской клеенкой. Лоток можно изготовить и из пластмассового подноса глубиной 3–4 см, с одной стороны сделав в нем вырез для шеи, а с другой обрезав бортик.

Помощь при купании

Купание в комнате

Трудности с купанием могут возникнуть при неспособности пациента:

- дойти до ванной комнаты;
- открыть водопроводный кран;

- взять в руки принадлежности для мытья в результате утраты хватательной функции;
- дотянуться до различных участков тела и до крана;
- сохранять равновесие;
- входить и выходить из ванны.

Если больной не полностью обездвижен, если он может сидеть, но по состоянию своего здоровья не может посещать ванную комнату, то мытье можно проводить на стуле или санитарном кресле в комнате.

Для этого необходимо закрыть окна, чтобы не было сквозняков, температура воздуха в комнате должна быть 21–22° С. На пол постелить клеенку, на нее поставить стул или санитарное кресло, на стул постелить клеенку, на нее – полотенце или пеленку. В качестве водосборника можно также использовать небольшой детский надувной бассейн. В этом случае стул, на котором сидит больной, ставится внутрь бассейна. Больному нужно помочь пересест с кровати в кресло или на стул, раздеть его.

Перед больным поставить на табурет таз с теплой водой. Поставить на пол еще один таз с водой и опустить в него ноги больного. Для мытья можно использовать мочалку, рукавицу, сшитую из махрового полотенца, или кусочки ткани. На коленях больного можно расстелить намыленную моечную ткань, о которую больной, наклонившись, сможет тереть кожу. На спинку сидения повесить полотенце, чтобы при мытье тереться об него спиной. Так же можно использовать полотенце для высушивания кожи после мытья. При ополаскивании удобно использовать кусочки чистой ткани, чтобы не загрязнять ополаскивающую воду.

Купание начинают с мытья головы. Для этого больной наклоняет голову вперед, затем волосы нужно смочить теплой водой (34–37°С), нанести шампунь и распределить его по голове, намылить волосы, несколько раз расчесав голову руками. Затем хорошо промыть волосы теплой водой, ополоснуть волосы, одной рукой расправляя их, другой – осторожно

поливая водой из кувшина. Затем волосы тщательно прополоскать, пока не будут удалены все остатки пены. После ополаскивания волосы вытирают насухо полотенцем и причесывают больного. На голову надевают косынку или покрывают ее сухим полотенцем.

Затем моют шею, руку ниже и выше локтя, плечо, подмышку. Окунуть кисть больного в воду. Затем вымыть грудную клетку, живот, спину, ягодицы. Ноги больного хорошо намылить, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа, ноги сполоснуть чистой теплой водой, приподняв их над тазом. Убрать таз, ноги вытереть насухо полотенцем, особенно между пальцев, смазать подошвы и пятки детским кремом или кремом для ног, можно одеть носки. После мытья больного одеть в чистое белье и уложить в постель.

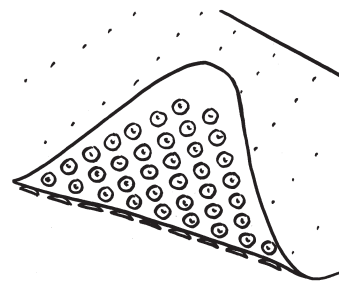
Купание в ванной комнате

Если больной может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на

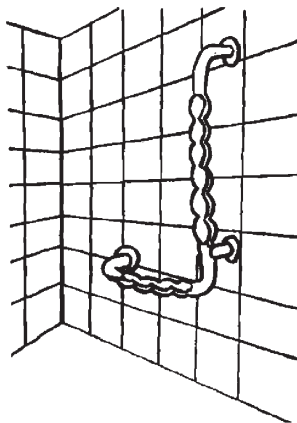
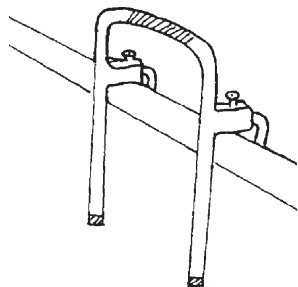
инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате. Помогая больному принимать ванну или мыться под душем, нужно помнить о том, что ванная комната может оказаться опасным местом, поэтому ее необходимо соответствующим образом подготовить.

Температура в помещении должна быть около 24°C. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, нужно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до температуры 35-37°C.

Для предупреждения скольжения и падения на пол в ванной комнате и в самой ванной необходимо положить резиновые гофрированные коврики или коврики на присосках.



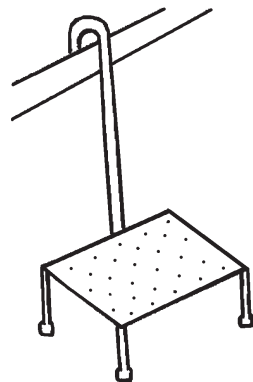
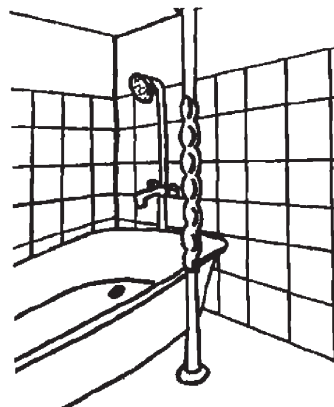
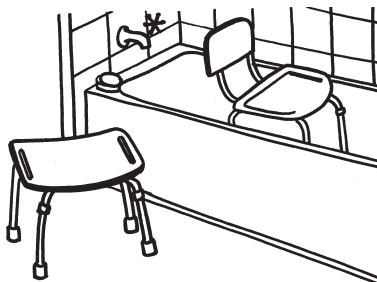
На стене и бортике ванной можно установить поручни.



Если больной в состоянии перешагнуть через борт ванной, он может опираться на помощника или держаться за поручни для устойчивости. Очень удобен вертикальный поручень, установленный рядом с ванной. Значительно облегчает перешагивание использование специальных ступенек для ванны.

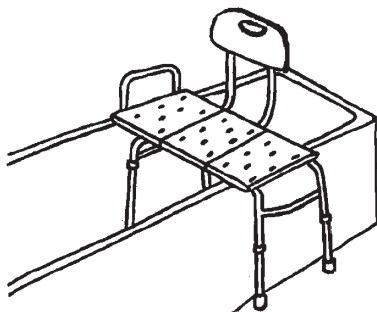
Далее, он либо опускается в ванну, либо сидит на ванной скамейке, используя при необходимости поручни.

Для раздевания, вытирания и одевания ослабленных больных в ванной комнате необходимо поставить стул. Важно также заранее приготовить ванные принадлежности, полотенце, чистое белье и халат.



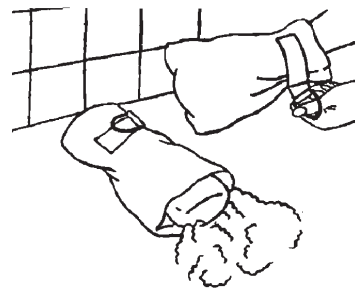
Если больной не может перешагнуть через борт ванной, можно использовать специальную широкую скамейку, один край которой находится в ванной, а второй – снаружи, около ванной.

Больной садится на край скамейки, располагающийся около ванной, затем перебрасывает ноги в ванную и передвигает тело к краю скамейки, расположенному над ванной. Далее он моется сам или с посторонней помощью.

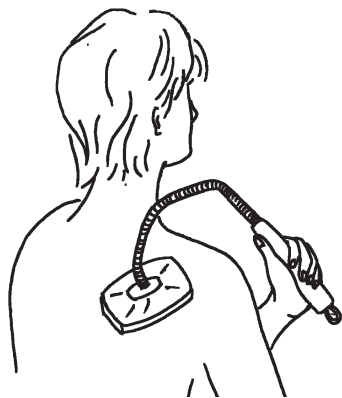


Чтобы мыло не выскальзывало из рук, можно просверлить в центре куска мыла отверстие, продеть в него шнурок, завязать концы и повесить на шею. Мыло все время будет находиться на груди больного. Можно также использовать контейнер с жидким мылом.

Поскольку кожа пожилых людей и больных, долгое время находящихся на постельном режиме, легко ранима, не рекомендуется использовать мочалки из грубых тканей. Удобную варежку для мытья можно сшить из махровой ткани. Такая надетая на руку варежка упрощает процедуру самостоятельного намыливания у больных, которые испытывают затруднения при сжимании мочалки (из-за деформации или тугоподвижности суставов кисти).

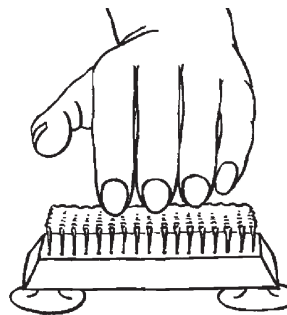


Для самостоятельного намыливания спины можно использовать поролоновую губку, надев ее на длинную изогнутую ручку. Ее же можно использовать для намыливания ног.

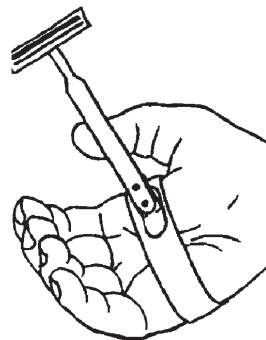


Для мытья подногтевых пространств можно использовать щетку на присосках, которая фиксируется в удобном для пациента месте.

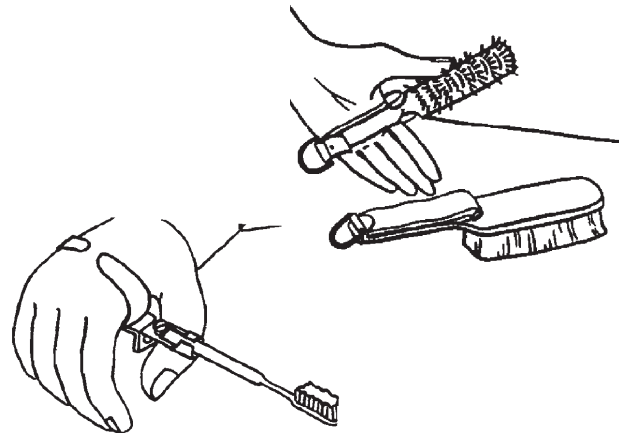
Для стрижки ногтей на ногах можно использовать ножницы с длинными, изогнутыми на концах браншами.



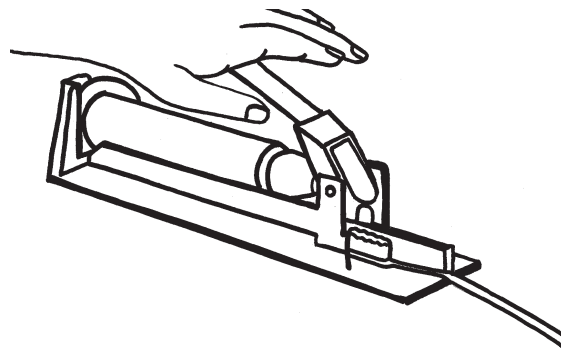
Для удержания бритвы при невозможности сжать ее ручку пальцами, можно использовать специальное крепежное устройство, фиксирующееся на кисти больного.



Такое же крепежное устройство можно использовать для зубной щетки и расчески.



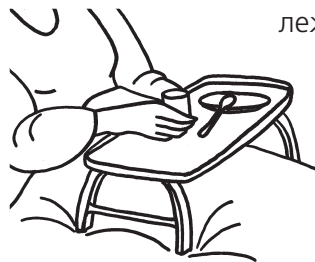
Для удобного выдавливания зубной пасты из тюбика на зубную щетку можно использовать следующее приспособление.



13. Кормление

Кормление тяжелобольных ослабленных пациентов представляет большую проблему для сестринского ухода и важную реабилитационную задачу. В большинстве случаев необходимо не только организовать и правильно провести кормление нуждающегося в посторонней помощи, но и обучить его максимально использовать остаточный функциональный потенциал и пользоваться специальными приспособлениями для возможно большего независимого и самостоятельного питания.

Перед кормлением больному необходимо придать правильное положение. Оно должно быть удобным и максимально приближено к физиологическому положению при приеме пищи. Основное правило здесь такое: если нет медицинских противопоказаний, лучше всего есть за столом, если нет такой возможности – сидя на кровати, затем – сидя в кровати, у которой поднят головной конец, и, наконец,



лежа с приподнятой головой. Для этого необходимо использовать реабилитационные средства перемещения и передвижения, а также прикроватные и накроватные столики.

Для больных, способных есть за столом, но нуждающихся в кресле-каталке, можно использовать столы с глубокими вырезами в столешнице. Это позволяет пациенту удобно и комфортно разместиться за столом. За таким столом удобно не только есть, но и использо-



вать его для любой работы.

После придания соответствующей позы необходимо убедиться в том,

что больному удобно и комфортно в этой позе находиться. При необходимости надо дополнительно зафиксировать больного с помощью подушек.

У лежачих больных голова не должна быть запрокинута назад, потому что при этом положении надгортанник открывает вход в трахею, что создает риск попадания пищи в дыхательные пути.

Прежде чем кормить больного, нужно убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Если больной при кормлении поперхнется, нужно немедленно прекратить кормление и обратиться к лечащему врачу. Если больной пользуется во время еды зубными протезами, необходимо убедиться в их наличии и исправности.

Нельзя забывать, что прием пищи для ослабленных больных – достаточно серьезная работа, и они могут быстро уставать. Поэтому кормление надо проводить не очень быстро, с промежутками для отдыха. Важно, чтобы

пациент сконцентрировался на приеме пищи. Необходимо устранить любые отвлекающие факторы: выключить телевизор, радиоприемник и др. При слабости в руке можно поддерживать пациента при кормлении под локоть, использовать подвижную подставку для предплечья или поддерживающий ремень, одеваемый через голову.

При кормлении больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, пищу надо подавать в рот сбоку, с неповрежденной стороны, так как в противном случае они не смогут ее чувствовать, и пища будет скапливаться за щекой.

Если пациент с трудом проглатывает пищу, ее необходимо измельчить с помощью миксера (или блендера) и сделать однородной. Особенно это касается супов: многие тяжелобольные с трудом едят суп, состоящий из жидкой и твердой фракций.

Пища в тарелке должна быть в достаточном количестве. Тяжелобольным трудно выбирать

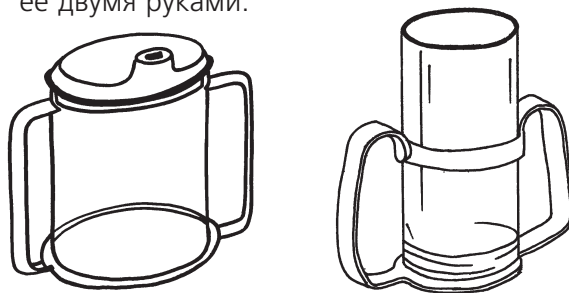
из тарелки остатки пищи, поэтому ее должно быть больше, чем необходимо.

Важно создать для больного соответствующую обстановку при приеме пищи. К сожалению, в отечественных больницах исчезли столовые, и больные вынуждены принимать пищу в палатах, что часто не способствует появлению аппетита. Перед едой необходимо привести больного в надлежащий вид, помыть ему руки. Использовать надо чистую посуду. Желательно, чтобы во время еды в палате не проводились никакие медицинские манипуляции. Можно пользоваться нагрудной салфеткой и при попадании пищи на постельное или нательное белье пациента стараться ее сразу убирать. Нельзя упрекать больного в неловкости и неопрятности при приеме пищи. Наоборот, необходимо все время побуждать больного есть самому. Это имеет не только важное психологическое значение, но и способствует более раннему восстановлению навыков самообслуживания. Твердую пищу

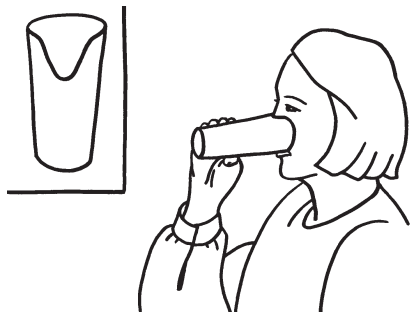
можно предлагать в виде кусочков, и если больной затрудняется в использовании столовых приборов, то не возбраняется и прием пищи непосредственно руками.

Для приема жидкости можно использовать:

- в случае, если больной сам не может пользоваться посудой - поильники с носиком или трубочки (соломинки). С помощью трубочки больной может пить из любого сосуда, не меняя положение тела к кровати.
- в случае, если больной может сам пользоваться посудой – кружку с большой ручкой для удобного захвата рукой, кружку с двумя ручками для того, чтобы больной мог взять ее двумя руками.



- в случае, если у пациента имеется ограничение движения шеи, можно использовать чашки с глубоким вырезом для носа. Такой вырез обеспечивает правильное положение подбородка во время питья.

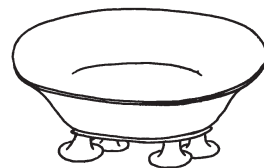


Кружки с широким дном обеспечивают устойчивость.

У пациентов с тремором для предупреждения расплескивания жидкости можно использовать тяжелые стаканы.

Чашка со съемной крышкой, снабженная носиком, ограничивает проливание и протекание жидкости при питье.

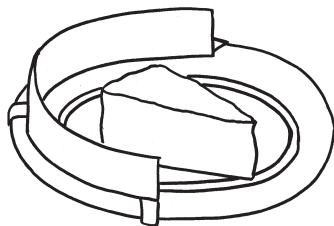
Чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, нужно использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды. Эта салфетка особенно нужна пациентам, которые могут пользоваться только одной рукой. Такие салфетки продаются в хозяйственных магазинах. Если такой салфетки нет, можно использовать кусочек сырой ткани или специальную посуду на присосках.



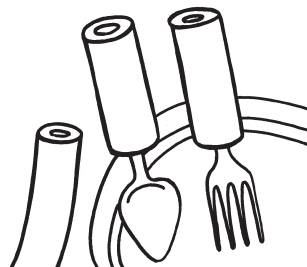
Посуду лучше брать с высокими крутыми бортиками, позволяющими пациенту набрать еды в ложку и предотвращающими разливание. Очень удобны тарелки с бортиками разной высоты: спереди – более низкими, а сзади – с высокими. Это позволяет пациен-



ту видеть еду и набирать ее в ложку, двигая ее к задней, высокой стенке. В продаже появились накладные бортики, которые фиксируются на обычных тарелках.



Если у пациентов ослаблены хватательные движения, очень удобно пользоваться столовыми приборами с толстыми ручками. Насадки для обычных столовых приборов можно сделать самим из поролоновой трубки, продающейся в хозяйственных магазинах.



Если хватательные движения почти полностью отсутствуют, необходимо использовать столовые приборы с универсальным держателем в виде ленты с петлей и застежки на «липучке», фиксирующим ложку или вилку к кисти пациента.

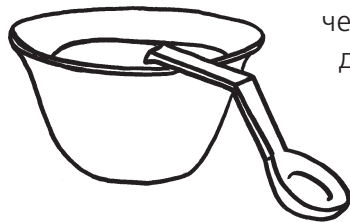


Если у больного затруднены движения кисти, и он не может развернуть ложку или вилку, чтобы направить ее в рот, можно использовать специальные г-образно изогнутые столовые приборы.



При нарушении движения кисти, пальцев или руки рекомендуется применять вилки или ложки с шарнирным механизмом, позволяющим ложке

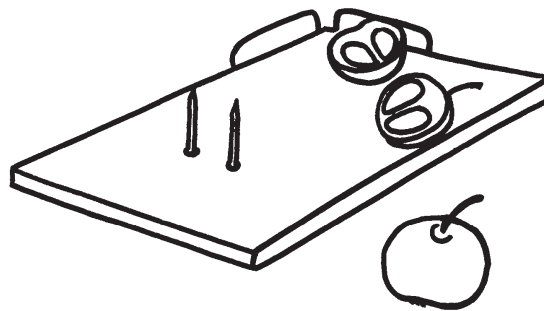
или вилке всегда находиться в рабочем положении.



Больным с ограниченной свободой движения можно использовать удлиненные вилки и ложки, которые с помощью шарнирной гайки или

изгиба крепятся в удобном положении, облегчая прием пищи.

Для пациентов, использующих при питании только одну руку, можно приобрести или изготовить специальную разделочную доску с двумя пластиковыми или деревянными бортиками. Такие бортики устанавливаются в правом или левом дальнем углу разделочной доски в зависимости от того, какой рукой пользуется пациент. В углу между бортиками оставляется щель для лезвия ножа. То, что необходимо разрезать, сдвигается в этот угол



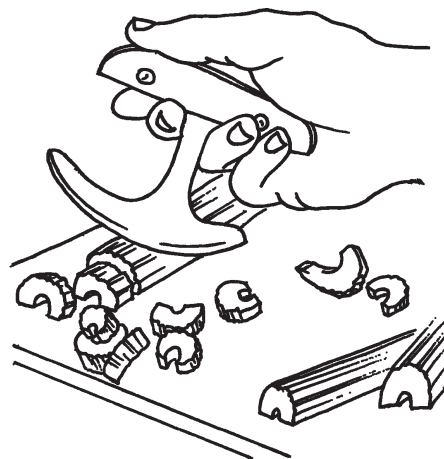
и режется ножом в направлении от себя через щель между бортиками. Для того, чтобы доска не скользила по поверхности стола, снизу к ней можно прикрепить присоски.

Для разрезания овощей или фруктов можно использовать разделочную доску с одним или несколькими штырьками в центре. Разрезаемый предмет накалывается на штырьки и режется.

Для более эффективного разрезания пищи одной рукой можно использовать пилообразные ножи или ножи с закругленными краями, а

также ножи с ручкой, перпендикулярной лезвию.

После еды надо предложить больному воду для полоскания рта. Затем вытереть рот больного салфеткой, вымыть руки, если необходимо, вымыть лицо больного, убрать посуду и навести порядок на столе. После приема пищи больного нужно удобно уложить в кровать.

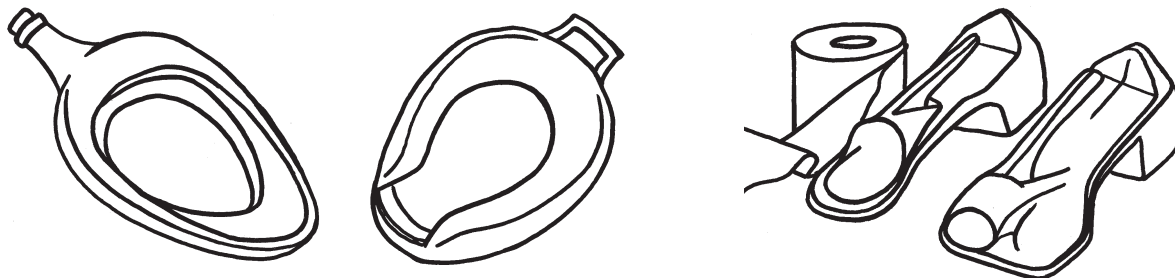


14. Помощь при отравлении физиологических потребностей

Зависимость пациента от ухаживающего персонала при отравлении физиологических потребностей представляет большую проблему, прежде всего, психологического плана. Очень важно обеспечить пациенту возможность самостоятельно решать эту задачу.

У лежачих больных используются утки и судна различной конструкции. Они отличаются

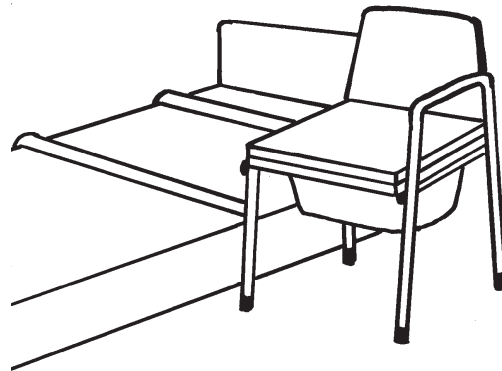
плотностью материала, из которого они изготовлены, формой, размерами, объемом вмещаемого содержимого. Если позволяют медицинские показания и у больного достаточно сил, то с помощью подтягивания на прикроватном кронштейне или ином приспособлении пациент приподнимается в кровати и самостоятельно подкладывает под себя судно, а затем вынимает его. Убедившись, что судно подложено правильно, посторонним желательно удалиться из помещения. Если это невозможно, больного необходимо загородить ширмой.



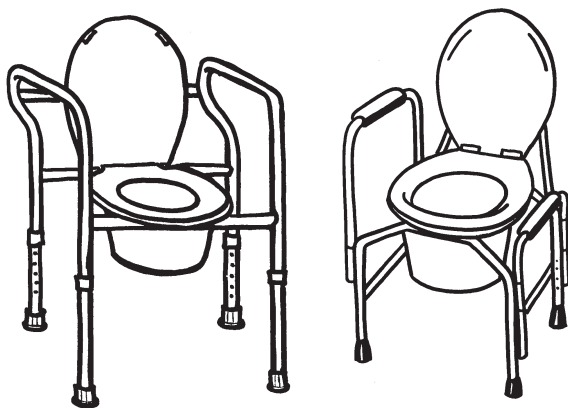
Удобным современным мочеприемником для мужчин и женщин является «карманный туалет», представляющий собой пластиковый мешок емкостью 1,5 л, имеющий специальную ручку-воронку, которая позволяет удобно держать его при мочеиспускании во всех положениях: лежа, сидя и стоя. При использовании «карманного туалета» нет необходимости приподнимать лежачих больных. Имеющийся в мешке клапан препятствует вытеканию мочи обратно и позволяет использовать карманный туалет многократно в течение суток. Кроме того, клапан препятствует распространению неприятного запаха.



У кровати больных, которым разрешается сидеть, лучше установить санитарный стул. При необходимости пациент перемещается с кровати на стул сам либо с помощью второго лица. Санитарный стул удобен и там, где ослабленный пациент находится далеко от туалетной комнаты.



Очень удобны легкие складывающиеся санитарные стулья. Такой стул можно взять с собой, если пациент собирается путешествовать.

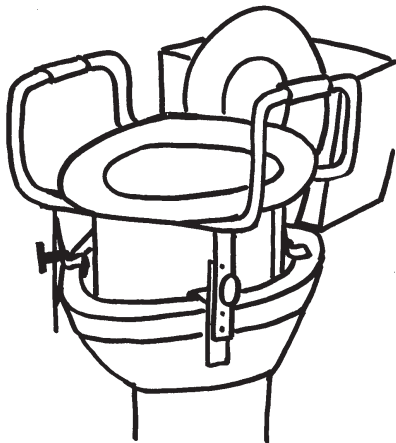


Если пациент в состоянии передвигаться самостоятельно или с помощью средств передвижения, или с помощью второго лица, физиологические потребности лучше отправлять в туалетной комнате. Для этого она должна быть оборудована удобными поручня-

ми, позволяющими больному придерживаться во время снятия и одевания одежды и усаживания на унитаз. У больных с ортопедическими и неврологическими проблемами, мешающими им садиться и вставать, нужно использовать накладные пластиковые сидения, увеличивающие высоту унитаза. Такие сидения имеют специальный крепеж и плотно присоединяются к унитазу.



Для лучшего сохранения равновесия и более легкого усаживания и вставания некоторые типы накладных сидений имеют дополнительные подлокотники. С этой же целью можно использовать специальные стулья, которые устанавливаются над обычным унитазом.

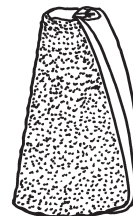


15. Реабилитационные средства, развивающие утраченные движения в руках и улучшающие координацию и точность движений

При некоторых неврологических и ортопедических проблемах, а также у больных, ведущих малоподвижный образ жизни, часто бывает необходимо восстанавливать частично или полностью утраченную в результате заболевания двигательную функцию рук и развивать координацию движений. С этой целью можно воспользоваться целым набором достаточно простых приспособлений.

После перенесенного инсульта пораженная рука обязательно должна быть помещена в специальную иммобилизирующую шину для предупреждения провисания локтевого сустава.

Для уменьшения спазмирования кисти и ее последующей тугоподвижности в руку вкладываются специальные вкладыши либо в виде шерстяного клубка (некрашенная шерсть, которая к тому же хорошо предупреждает развитие опрелостей и пролежней кисти, оказывает массирующее и обезболивающее воздействие), либо в виде конуса, обшитого мягкой тканью, либо в виде специальных поролоновых прокладок.



Для развития утраченных движений в плечевом суставе можно в дверном проеме или к потолку прикрепить крюк, через который пропускается веревка, имеющая на обоих концах петли или привязанные кольца. Веревка должна свободно скользить через крюк. Длина веревки подбирается таким образом, чтобы одно кольцо находилось на уровне кисти руки, опущенной вдоль туловища, а кольцо на другом конце веревки было на уровне поднятой вдоль туловища руки. Пациент берется за оба кольца и перетягивает веревку таким образом, чтобы каждая рука попеременно оказывалась в верхнем положении. У больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообра-



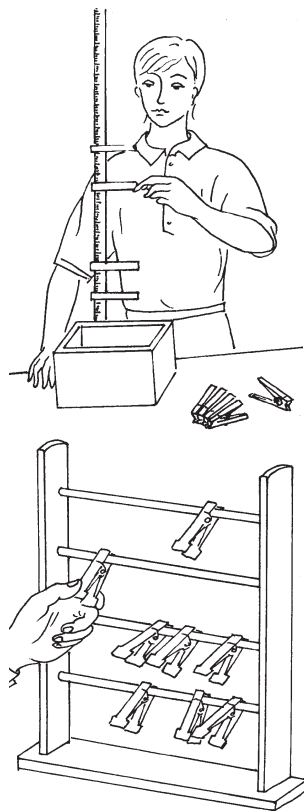
ния, это упражнение способствует восстановлению функции поврежденной руки и является хорошим средством профилактики тугоподвижности суставов руки.

Деревянная планка высотой 50-60 см, через которую пропущены круглые в сечении рейки, прочно укрепленная на плоском основании, является отличным приспособлением для восстановления движения в верхних конечностях, улучшения координации и способности к захватыванию, а также для обучения распознаванию формы и цвета. На такое приспособление можно одевать кольца (напри-



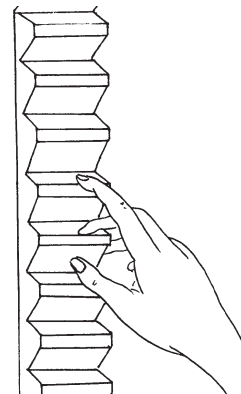
мер, для штор), начиная с нижней рейки и постепенно двигаясь вверх, а затем в обратном порядке. При выраженной слабости пораженной руки пациент поддерживает ее здоровой рукой. Помимо колец, если есть необходимость, можно использовать дощечки с отверстием в центре различной формы и цвета.

Для развития моторики мелких суставов кисти пациент может на рейки одевать прищепки, причем использовать



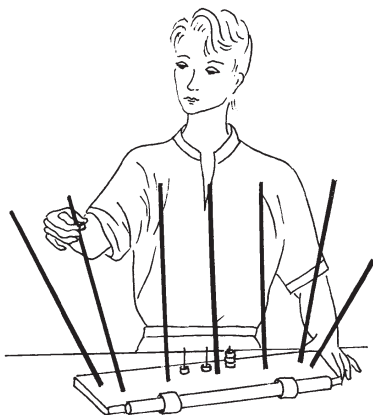
нужно, по возможности, все пальцы попеременно. Порядок одевания такой же, как и в предыдущем случае – от нижней рейки вверх, и обратно.

Еще одним эффективным приспособлением для разработки мелких суставов кисти служит деревянная рейка, вертикально установленная на поверхности стола. Ее передняя (рабочая) поверхность представлена в виде лесенки из выступающих ступенек, за которые удобно цепляются пальцы пораженной руки. Упражнение состоит в том, что больной, перебирая пальцами и цепляясь ими за ступеньки, поднимает руку снизу вверх. При выраженной слабости пораженной руки пациент, выполняя это упражнение, поддерживает больную руку здоровой.



На плоском основании длиной около метра можно укрепить пластиковую трубку (от гимнастического круга), на которую свободно нанизаны кольца.

Эти кольца с помощью больной руки пациент перемещает вдоль трубки с одного края на другой.



Подобного рода планки могут устанавливаться на столе, а могут, при соответствующей высоте, устанавливаться на полу. Тогда упражнение затрагивает также спину и ноги.

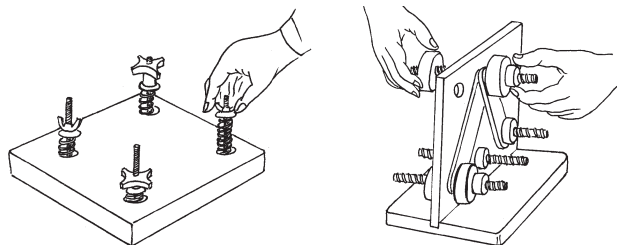
Кольца и различные фигуры можно одевать и на рейки круглого сечения, перпендикулярно вставленные в основание, располагающееся на полу. Высота реек различна, при этом упражняется не только кисть, но и спина.

Для развития моторики и сенсорики пальцев рук, а также профилактики тугоподвижности суставов кисти можно использовать сетку в форме длинного рукава, в которую помещают шарики или мячи такого диаметра, чтобы они с трудом продвигались внутри сетки. Пациент передвигает помещенные в сетку предметы с одного края рукава в другой и обратно.

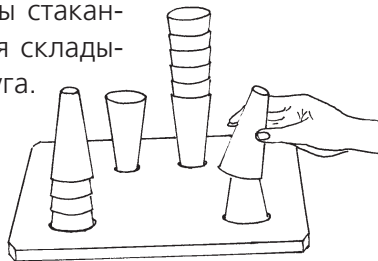
Другим хорошим приспособлением может служить деревянное основание небольшого размера, в котором головкой вниз закреплены



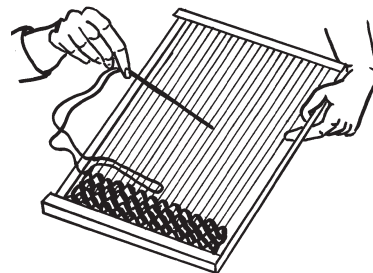
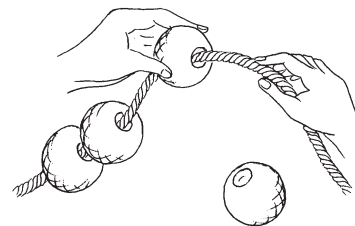
болты. На свободно выступающую часть болта с нарезкой пациент может накидывать шайбы и навинчивать различные по размеру и форме гайки. Для увеличения усилия при навинчивании между гайкой и основанием можно помещать пружины разной жесткости.



Можно использовать конической формы стаканчики-колпачки для складывания друг на друга.

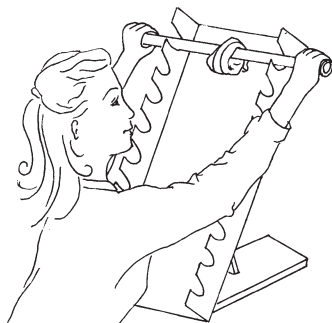


Нанизывание бус с большими отверстиями является очень хорошим реабилитационным упражнением. Нельзя забывать и о детских пирамидках, мозаике, конструкторах типа Лего и кубиках, а также наборах для плетения из веревки которые также могут быть хорошим реабилитационным средством.

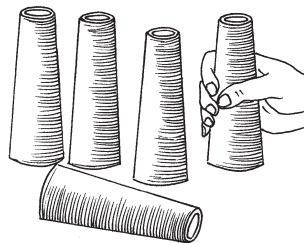


Ниже представлено приспособление, с помощью которого пациент может не только

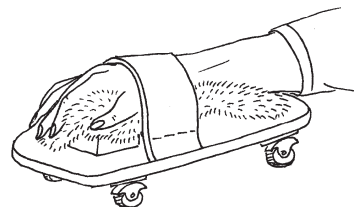
развивать мышечную силу пораженной конечности, но и разрабатывать все суставы рук.



Большой конус, сделанный из толстого картона или пластика и имеющий рифленую поверхность, служит хорошим реабилитационным средством для уменьшения последствий гипертонуса и тугоподвижности кисти, а также восстановления сенсорики в пальцах. Пациент плотно обхватывает пораженной кистью конус у узкой вершины и сдвигает кисть к широкому основанию, невольно раздвигая пальцы.



Известно, что больные, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, не только плохо пользуются рукой пораженной стороны, но часто воспринимают как чужую. Таким больным рекомендуется как можно чаще держать пораженную руку перед собой, гладить ее и массировать здоровой рукой. Для более легкого перемещения больной руки по поверхности стола можно использовать следующее приспособление. Проложенная между рукой идвигающейся поверхностью овечья шерсть препятствует развитию пролежня.



16. Приспособления для организации досуга пациента

В процессе нормальной жизнедеятельности человек занят множеством повседневных дел: профессиональной деятельностью, домашними делами, общением с людьми, сном, отдыхом. Свободное от этих дел время называют досугом. Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Досуг необходим людям для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

Во время тяжелой болезни прекращается нормальное течение жизни. В силу вынужден-

ного, чаще всего лежачего положения человек ведет малоподвижный образ жизни. Его томит монотонность жизни, он страдает от скудности происходящих событий. Человек находится во власти болезненных переживаний, тревожных мыслей о своем здоровье, будущем. Он вынужденно бездельничает. У многих больных развивается депрессия. Если такое положение продолжается длительное время, постепенно теряются навыки не только профессиональные, но и самые простые, бытовые, такие как навыки ходьбы, одевания и пр.

Вот почему активный досуг для лежащих больных и больных с ограниченными двигательными возможностями имеет большое значение. Он разрушает монотонность больничного и/или постельного образа жизни, способствует восстановлению и активизации психических функций, физического, эмоционального, речевого и социального статуса пациента, предупреждает развитие осложнений малоподвижного образа жизни, стимулирует пациента к исполь-

зованию имеющегося физического и психического потенциала, повышает самооценку.

Не все виды досуга и отдыха приемлемы для лежачих больных или людей с ограниченной подвижностью. Нужно помочь больному определиться в выборе вида досуговой деятельности, внимательно изучить его интересы и склонности, определить способы адаптации больного для облегчения его участия в проведении досуга и отдыха.

Использование накроватных и прикроватных столиков у лежачих больных, позволяет им читать, писать, рисовать или заниматься иными видами досуговой деятельности. С помощью подушек больной удобно усаживается в кровати.



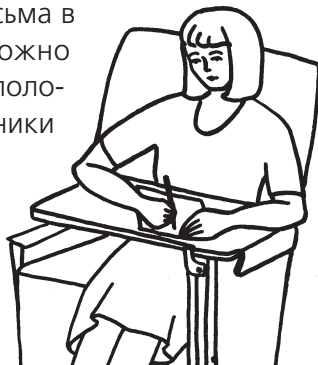
В случае, если накроватный столик плоский, на него устанавливается подставка для книги, с помощью которой можно произвольно менять угол наклона книги.



Для чтения в положении лежа или сидя можно также использовать приобретенные в магазине или самостоятельно изготовленные пюпитры, которые либо крепятся к ручке кресла, либо стоят на полу. Такие пюпитры имеют телескопическую стойку, позволяющую менять высоту.



Для чтения или письма в положении сидя можно использовать доску, положив ее на подлокотники кресла.



При занятиях, требующих длительного сидячего положения, под ноги пациента необходимо подставить небольшую скамеечку – это уменьшает нагрузку на ноги и способствует лучшей циркуляции крови в ногах.



Для прочного удержания в кресле пациента с мышечной слабостью его необходимо фиксировать ремнями к спинке кресла.



При затруднениях, связанных с захватом кистью ручки или карандаша, можно использовать письменные принадлежности с утолщенными ручками. Такие ручки легко изготовить из поролоновой трубки или плотной губки. Ручка может быть круглой, грушевидной, треугольной или иной формы, позволяющей пациенту удобно захватить ее рукой.



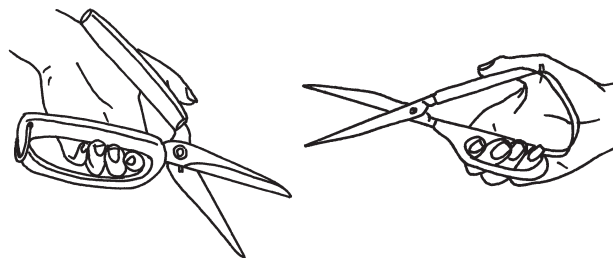
При выраженной слабости в руке закрепить ручку можно в специальном зажиме на эластичном ремешке, плотно обхватывающем кисть.



Можно также использовать деревянную подставку под карандаш, легко скользящую по поверхности стола и бумаги.



При необходимости воспользоваться ножницами пациенту с ограниченной подвижностью пальцев надо выбирать ножницы либо с очень большими отверстиями для пальцев либо с пружинным механизмом, разжимающим бранши.



Для работы с клавиатурой компьютера можно воспользоваться приспособлением, удлиняющим рабочий палец и делающим работу с клавиатурой более удобной.

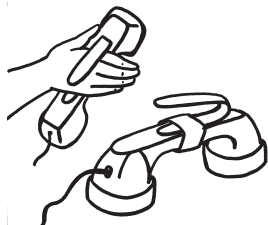


Телефонные разговоры для больных с ограниченной подвижностью часто служат основным способом общения. Телефон

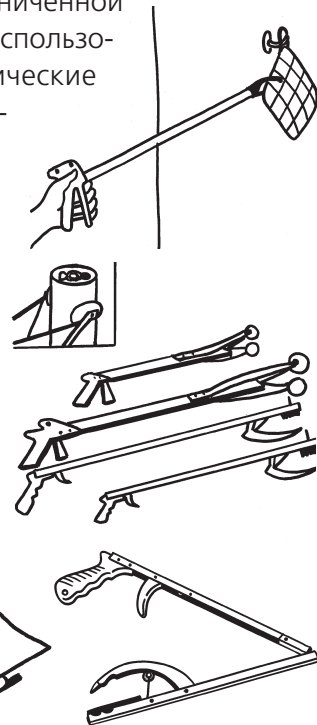
должен иметь крупные кнопки, достаточно громкий звонок (если у больных есть проблемы со слухом), большую трубку. Если пациенту трудно захватывать рукой телефонную трубку, можно использовать согнутую металлическую или

пластиковую полоску, прочно прикрепленную к ручке телефона.

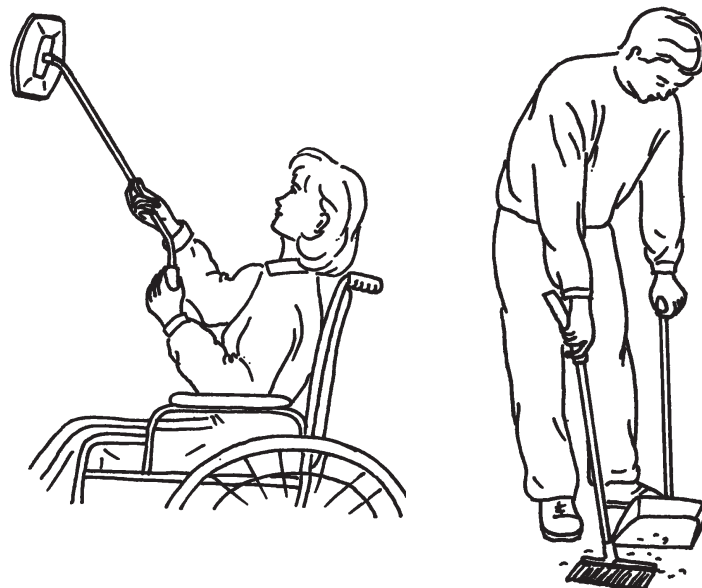
В случае, если пациенту трудно длительное время держать трубку в руке, трубка может помещаться в прочный гибкий держатель.



Для захватывания предметов, расположенных на некотором расстоянии (на полках, на полу), пациенты с ограниченной подвижностью могут использовать длинные механические захваты. Концы захватов имеют различную форму в зависимости от того, какие предметы необходимо захватывать.



При уборке веники, совки и щетки с длинными ручками позволяют подметать пол и вытирать пыль со стен, не нагибаясь.



17. Помощь при возрастных изменениях зрения

Одной из главных проблем людей старше 40 лет является нарушение зрения. В России 60% населения имеют проблемы со зрением; более 1 млн. – слепые и слабовидящие. По данным офтальмологов, даже незначительное ухудшение зрения вызывает у пациентов тревогу и неуверенность в будущем. Некорригируемое снижение остроты зрения ниже 0,3 означает утрату возможности читать, писать, смотреть телевизор, а острота зрения на уровне 0,03 и ниже определяется как практическая слепота и предполагает необходимость постоянного ухода за больным.

Значительное ухудшение зрения, независимо от причин, вызвавших его, приводит к возникновению многих медико-социальных и психологических проблем: социальной изоляции, неспособности воспринимать зрительную

информацию (на зрение приходится до 95% всей поступающей человеку информации), нарушению ориентации, отказу от двигательной активности, нарушению самообслуживания. Передвижение таких больных становится для них опасным, часто сопровождается падениями. Не редко они становятся жертвами дорожно-транспортных происшествий. У них часто возникает ощущение беззащитности, одиночества и безнадежности. Они страдают от подавленного состояния, потери веры в свои силы. Им трудно приспосабливаться к любым изменениям окружающей обстановки.

Особенно тяжелая ситуация складывается в тех случаях, когда нарушение зрения сопровождается нарушениями со стороны других органов чувств.

Как же можно помочь этим больным?

Прежде всего, необходимо при уходе за людьми старших возрастных групп организовать регулярную проверку состояния органов зрения. Нужно помнить, что наличие у больно-

го очков еще не означает, что проведена эффективная коррекция зрения. Пожилой человек должен ежегодно посещать кабинет офтальмолога. Если у ухаживающего появились подозрения или сам больной жалуется на ухудшение зрения, такие консультации должны проводиться и чаще.

Необходимо контролировать правильное и своевременное выполнение всех назначений врача, сделанных во время последней консультации.

При уходе за человеком с нарушением зрения необходимо помнить о возрастных особенностях зрения.

Нарушение рефракции (остроты зрения) – нарушение способности глаза различать различно две точки в пространстве, находящиеся на определенном расстоянии от глаза, т.е. видеть предметы четко.

Нарушение аккомодации – нарушение способности четко видеть предметы, находящиеся на различных расстояниях от человека.

Нарушение периферического зрения – нарушение способности видеть то, что находится сбоку, хорошо ориентироваться в пространстве и воспринимать всякого рода движения.

Нарушение адаптации – нарушение способности глаза приспосабливаться к различной яркости освещения; при этом происходит значительное увеличение времени, требующегося для привыкания глаз к новой степени освещенности. При резких колебаниях яркости освещения период «ослепления», полной потери зрения может быть достаточно длительным.

Гемералопия – нарушение способности ориентироваться в сумерках или в темном помещении.

Основным способом коррекции нарушения остроты зрения являются очки. При пользовании очками необходимо соблюдать следующие правила:

- Очки необходимо подбирать не реже, чем один раз в год.

- Очки должны быть правильно подобраны по размеру. Если они недостаточно плотно «сидят» и съезжают к кончику носа, человек не сможет в них хорошо видеть. С другой стороны, если очки сильно сжимают нос, то из-за нарушений проходимости слезного канала могут возникнуть проблемы с глазами. Желательно, чтобы дужки очков были толстыми и прочными.
 - Линзы очков должны быть чистыми и прозрачными. Грязь и пятна на линзах могут быть причиной ещё больших нарушений остроты зрения. Линзы не должны иметь царапин, которые возникают, когда очки кладут линзами на твердую поверхность. Царапины чаще возникают на пластиковых линзах.
 - Если очки загрязнены, их нужно мыть тёплой водой, при необходимости используя мягкое мыло. После мытья очки необходимо вытереть чистой мягкой тканью или полотенцем.
 - Хранить очки нужно в легко доступном месте, желательно в футляре, чтобы они не разбились или не поцарапались.
 - Очки должны быть всегда рядом с пациентом. Некоторым подопечным необходимо периодически напоминать о том, чтобы они пользовались очками.
- При общении со слабовидящим человеком необходимо, чтобы он имел возможность хорошо разглядеть собеседника, особенно его лицо. Для этого нужно, чтобы источник естественного или искусственного освещения располагался так, чтобы свет падал на лицо собеседника, при этом сам слабовидящий должен находиться в тени. Дело в том, что если слабовидящий человек находится против источника света, и свет падает ему в глаза, то он не может разглядеть собеседника, вместо него он видит только черный контур. Если нет уверенности в том, что слабовидящий узнал собеседника, нужно представиться ему.

Нельзя подходить к человеку с нарушением периферического зрения сбоку и неожиданно, так как он может не заметить подходящего и испугаться.

При общении со слабовидящим желательно рассказывать ему об окружающих его людях и происходящих событиях. Не надо скупиться на красочные описания – они помогут человеку лучше воссоздать картину в уме. Нужно комментировать и свои последующие действия, чтобы пациент представлял себе, что будет происходить дальше.

Помещения, в которых живет слабовидящий, должны быть хорошо освещены. В дневное время – за счет света из окон (шторы должны быть максимально раскрыты), а в вечернее – за счет светильников, которые нужно зажигать до наступления сумерек. Особое внимание нужно уделить прихожей и коридорам, так как большинство падений бывает именно там. В этих местах в качестве дополнительного профилактического мероприятия нужно устано-

вить настенные поручни. Хорошее освещение и поручни должны быть и в парадном подъезде, так как входящий с улицы человек с нарушением адаптации зрения некоторое время ничего не видит и передвигается «вслепую».

Если лестница в подъезде плохо освещена, края ступенек нужно покрасить яркой контрастной краской. Контрастной краской можно также покрасить выступающие пороги комнат (лучше их совсем убрать!), углы дверных проемов, места дверных ручек, электрических розеток, выключателей света и т.п.

Не делайте перестановку в помещениях, где живет слабовидящий, без согласования с ним, так как, двигаясь по комнате «проверенным» путем, он может не заметить возникшей у него на пути новой преграды и удариться или упасть. Вообще, надо стараться в жилище слабовидящего ничего без крайней нужды не переставлять.

Помогая человеку передвигаться, попросите его держать вас за руку повыше локтя.

Описывайте, куда вы идёте, и называйте вещи, которые стоят на вашем пути, например: «Сейчас мы поднимемся на три ступеньки вверх».

Переходить улицу человек с нарушенным периферическим зрением должен только вместе с другими пешеходами, так как часто не может вовремя заметить приближающийся транспорт.

При приеме пищи желательно использовать посуду, салфетки и поднос контрастных цветов для лучшего различения предметов на столе. Так, на темном столе легче разглядеть светлую тарелку. Предметов на столе должно быть как можно меньше – только те, что нужны в дан-

ный момент. Это дает возможность слабовидящему легче сориентироваться. Посуду с едой, столовый прибор, хлеб и другие предметы желательно размещать на столе ежедневно в одном и том же порядке, чтобы слабовидящий привык к расположению предметов. О горячих блюдах нужно предупреждать заранее. Желательно рассказать пациенту, чем будут его кормить, что и где в настоящее время находится на столе.

Таким образом, даже не имея возможности исцелить больного от его недуга, ухаживающий сможет лучше организовать жизнь слабовидящего человека, помочь приспособиться к жизни в существующих условиях.

18. Помощь при возрастных изменениях слуха

Снижение слуха (тугоухость) является серьезной медицинской и социальной проблемой. Нарушениями слуха страдает 10-15% населения. Особенно часто эта проблема возникает у людей старших возрастных групп. Согласно статистике, среди людей в возрасте от 50 до 60 лет слабослышащих примерно 20%. В возрастной категории 60-70-летних эта величина возрастает до 30%, а среди людей старше 70 лет превышает 40%. К 40-50 годам наступает заметное ослабление восприятия высоких частот и, соответственно, снижение слуха на высокие тона, а в дальнейшем присоединяется и снижение восприятия низких звуков. С возрастом также нарушается разборчивость речи, особенно в шумной обстановке, и определение места нахождения источника звука.

При тугоухости нарушается распознавание звуковой информации, поступающей из внешней среды. В норме минимальная слышимая ухом интенсивность звука – 1-20 децибел (дБ) (неакцентированная речь шепотом с расстояния 6 м). Характер нарушений слуха больного зависит от порога слышимости:

- 20–40 дБ – с трудом слышит тихий голос и разговор на расстоянии;
- 40–55 дБ – разбирает разговорную речь с расстояния 1-1,5 м;
- 55–70 дБ – разбирает только громкую речь;
- 70–90 дБ – может слышать громкий голос с расстояния около 30 см;
- более 90 дБ – может различать только очень громкие звуки, но не рассчитывает на слух как источник информации.

Снижение слуха воспринимается людьми очень тяжело, вызывая тягостные переживания. Тугоухость неизбежно влечет за собой в разной степени выраженную изоляцию от

внешнего мира, потерю способности общаться с людьми, лишает больного способности адекватно реагировать на опасности окружающей среды. Часто психологическими последствиями тугоухости становятся раздражительность, замкнутость, подозрительность, подавленность, депрессия. Появляющиеся странности поведения и асоциальные наклонности больного могут восприниматься ближайшим окружением как проявления психических заболеваний.

Тугоухость часто развивается постепенно и малозаметно для самого больного. На ранних этапах развития тугоухости больные склонны объяснять нарушения своего слуха усталостью, наличием посторонних шумов, слабой силой звука или речи, невнятной дикцией собеседника и другими причинами. Многие больные не хотят признаваться себе в том, что они плохо слышат, потому что считают потерю слуха физическим недостатком или одним из главных доказательств наступающей старости.

Часто тугоухость первыми замечают не больные, а окружающие их люди.

При подозрении на тугоухость необходима консультация оториноларинголога, который должен провести полное аудиологическое исследование для установления причины тугоухости и определить тактику лечения.

Основными способами коррекции тугоухости являются:

- слухопротезирование – использование слуховых аппаратов;
- использование технических средств бытовой и профессиональной адаптации;
- применение специальных правил общения с плохослышащими.

Слухопротезирование (использование слуховых аппаратов)

Современные слуховые аппараты могут:

- компенсировать нарушение восприятия громкости и частоты звуков;

- обеспечивать высокую разборчивость речи (в тишине, в шумной обстановке, при групповой беседе);
- обеспечивать естественность восприятия (речи, собственного голоса, музыки, звуков окружающей среды);
- автоматически поддерживать комфортный уровень громкости;
- автоматически адаптироваться к различным акустическим ситуациям;
- надежно воспроизводить сигналы опасности;
- обеспечивать разговор по телефону без проблем.

При использовании слуховых аппаратов необходимо соблюдение следующих правил:

- пользоваться аппаратом и ухаживать за ним нужно согласно инструкции производителя;
 - необходимо следить за тем, чтобы слуховой аппарат был всегда сухим;
 - нельзя надевать его во время купания, умывания, приема душа;
- следует следить за тем, чтобы ушная сера не забивала наушники;
 - при использовании слухового аппарата в большой группе людей, где может быть много раздражающих звуков, необходимо уменьшить громкость;
 - для того чтобы батарейки дольше на разряжались, следует выключать слуховой аппарат, если в нем нет необходимости;
 - следует приобретать элементы питания для слуховых аппаратов в лицензированных центрах слухопротезирования, которые могут нести ответственность за качество;
 - приобретая элементы питания, следует обращать внимание на дату истечения срока гарантированного использования;
 - следует использовать воздушно-цинковые элементы известных фирм, как более емкие и надежные;
 - необходимо удалять наклейку с воздушно-го отверстия непосредственно перед уста-

новой в слуховой аппарат. Помните, что разрядка начинается с момента снятия наклейки;

- использовать батарейку до конца, после чего вставлять новую. Не храните уже использованные батарейки;
- для определения годности батарейки в процессе ее эксплуатации используйте специальный тестер, который можно приобрести в центрах слухопротезирования;
- всегда иметь при себе запасную новую батарейку;
- для определения времени замены батарейки в отсутствие специального тестера необходимо помнить, что это время может варьироваться от нескольких дней до нескольких недель, в зависимости от емкости конкретной батарейки и конкретной звуковой обстановки, где пользователь находится основную часть времени;
- учитывать изменение окружающей обстановки: чем в более шумной обстановке вы

находитесь, тем меньший срок проработает ваша батарейка.

Использование технических средств бытовой и профессиональной адаптации

В настоящее время существует много приборов, позволяющих преобразовать звуковой сигнал. Такие приборы могут быть простыми приспособлениями, преобразующими, например, с помощью электрического провода звук дверного звонка в свет сигнальной лампочки, расположенной в комнате или любом другом месте. Это могут быть и дорогостоящие фирменные приборы, например, беспроводные вибрационно-световые индикаторы дверного, телефонного звонков и сигнала домофона, позволяющие слабослышащему получить нужную информацию в любом месте на определенной территории.

Разработаны устройства в виде пульта с дисплеем и встроенным микрофоном с изме-

няемыми характеристиками направленности, что позволяет оптимизировать процесс общения с одним или несколькими собеседниками в условиях умеренного или повышенного окружающего шума.

Созданы специальные телефоны, конвертирующие речь в текст или изображение артикулирующего лица для чтения с губ.

В продаже имеются и часы-будильники с вибросигналом.

Применение специальных правил общения со слабослышащими

Независимо от причины, вызвавшей тугоухость, при общении со слабослышащим человеком необходимо соблюдать следующие правила:

- перед началом разговора слегка прикоснитесь к руке человека, чтобы обратить на себя внимание;
- убедитесь, что слуховой аппарат включен и нормально работает;
- так как слабослышащий человек плохо воспринимает речь, если есть звуковые помехи, во время разговора устраните посторонние звуки в помещении (выключите телевизор или радио, закройте окно или дверь, попросите не разговаривать других людей, находящихся в помещении и т.п.);
- многие слабослышащие хорошо читают по губам, поэтому, разговаривая с человеком, располагайтесь лицом к лицу, чтобы он мог видеть движения ваших губ и выражение лица; не прикрывайте рот рукой во время разговора, стойте так, чтобы ваше лицо было хорошо освещено;
- при разговоре расстояние между говорящим и слушающим не должно быть более 2 м;
- говорите медленно, внятно и немного громче, чем обычно;
- говорите короткими фразами, небольшими смысловыми блоками, избегайте лишних слов, слов-паразитов; после каждого из них убедитесь, что собеседник вас понял;

- не произносите слова неестественно, намеренно по слогам и не кричите;
- разговаривайте чётко и спокойно – это помогает человеку, который читает по вашим губам, лучше вас понять;
- не повторяйте одно и то же слово несколько раз;
- старайтесь произносить предложения монотонно – не понижайте голос в середине или в конце фразы;
- используйте жесты и мимику для того, чтобы помочь объяснить, о чём вы говорите;
- если человек плохо слышит на одно ухо, то необходимо расположиться со стороны его лучше слышащего уха;
- если человек вас не понимает – пишите сообщения на бумаге;
- если вы видите, что человек не понял вас, измените слова, а не громкость вашего голоса. Крик иногда только ещё больше огорчает человека, и он всё равно не может понять, о чём вы говорите;
- будьте доброжелательны при разговоре со слабослышащим, иначе он, скорее всего, обидится на вас и не захочет продолжать разговор;
- высокие тоны также трудно воспринимаются человеком, имеющим проблемы со слухом;
- старайтесь в присутствии слабослышащего человека не разговаривать с другими людьми шепотом или тихо – это может вызвать раздражение или обидеть его; он может увидеть в этом какой-нибудь злой умысел или насмешку над собой;
- в экстренной ситуации не забудьте помочь людям со сниженным слухом, потому что они могут не услышать сигнал или указания к действию.

