

Министерство экономического развития Российской Федерации
Всероссийский союз общественных объединений пациентов

**Основные методы
социальной адаптации инвалидов и членов их семей**

Сборник методических и учебных материалов

2015

Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей.
Сборник методических и учебных материалов / Под ред. Ю.А.Жулева. - Самара,
2015. – 106 с.

Настоящий сборник содержит образовательную программу «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей» в вариантах для очного и дистанционного освоения, а также методические и учебные материалы для реализации программы.

Программа подготовлена Всероссийским союзом общественных объединений пациентов в рамках проекта «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты».

Образовательная программа предназначена для участников некоммерческих неправительственных общественных организаций, представляющих интересы пациентов, действующих в сфере здравоохранения.

Настоящее издание осуществлено на средства субсидии из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации Всероссийскому союзу общественных объединений пациентов на основании Соглашения № № С-747-ОФ/Д19 от 10.12.2014 г.

Подписано в печать 26.03.2015 г.
Формат А4 210 х 297
Тираж 400 экз.
Отпечатано в ООО «ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ»

© Всероссийский союз общественных объединений пациентов
© Министерство экономического развития Российской Федерации

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Программа «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей»: вариант для дистанционного освоения.....	5
Программа «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей»: вариант для очного освоения.....	7
Приложение 1. Учебные материалы к программе «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей».....	9
<i>К теме 0</i>	9
<i>К теме 1</i>	10
<i>К теме 3</i>	11
Приложение 2. Методические материалы к программе «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей».....	85
<i>К теме 1</i>	85
<i>К теме 2</i>	96
<i>К теме 3</i>	103

ВВЕДЕНИЕ

Программа «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей» подготовлена Всероссийским союзом общественных объединений пациентов (сокращенно - Всероссийским союзом пациентов) в рамках проекта «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты».

Проект реализуется на средства субсидии из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации Всероссийскому союзу общественных объединений на основании Соглашения № № С-747-ОФ/Д19 от 10.12.2014 г.

Настоящая программа обеспечивает подготовку активистов пациентских НКО по одному из важнейших направлений работы: социальной адаптации инвалидов. В последнее время стало очевидно, что в социальной адаптации нуждаются не только пациенты, имеющие инвалидность и, соответственно, особым образом вынужденные выстраивать отношения с социумом, но и члены семей инвалидов, которые также должны быть адаптированы к жизни в обществе с учетом имеющихся обстоятельств.

Программа описывает направления и технологии реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей, раскрывает потенциал деятельности по составлению программы социальной адаптации инвалидов и членов их семей, обеспечивает получение целевой аудиторией опыта планирования такой программы.

Программа предназначена для активистов пациентского движения, участников некоммерческих общественных организаций, а так же сотрудников государственных органов и учреждений и иных социальных партнеров, заинтересованных в развитии общественного участия в сфере здравоохранения.

Программа разработана в двух вариантах – для очного освоения в формате обучающего интерактивного семинара и для дистанционного освоения в формате вебинара.

Разница в формате организации обучения (очное и дистанционное) диктует как разницу в планируемых результатах освоения программы, так и разницу в формах организации учебных занятий.

ПРОГРАММА «ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»: ВАРИАНТ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОСВОЕНИЯ

Пояснительная записка

Программа «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей» предназначена для повышения квалификации активистов пациентского движения, занимающихся работой по социальной адаптации как инвалидов, так и членов их семей.

Цель программы – обеспечить информирование целевой аудитории о технологиях социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

В результате освоения программы обучающиеся *получат представление:*

- о проблемах и современных подходах к социальной адаптации инвалидов и членов их семей;
- о направлениях реабилитационного процесса;
- о гражданском контроле как средстве решения проблем реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей;
- технологиях реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Ожидаемый эффект от реализации программы – интенсификация работы НКО по направлению социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Программа осваивается в режиме вебинара.

Длительность программы – 5 часов. Освоение программы организовано занятиями по 1-2 часа, между которыми должен быть перерыв. Содержание занятия соответствует одной теме. Программа с учетом перерыва может быть освоена обучающимися как в один день, так и с перерывами на день и более, но не более чем на неделю каждый последующей перерыв.

Организатор вебинара может исключить те или иные темы из программы в случае, если имеет информацию об отсутствии запроса на освоение содержания темы, связанного с достаточной квалификацией участников по данной теме.

Выбор методов освоения программы обусловлен спецификой формата вебинара – чередование мини-лекций, организации ответов обучающихся на вопросы на понимание с помощью электронных голосований, организации обратной связи с обучающимися через чат и с помощью функции видеоконференции. Учитывая специфику работы вебинара, ведущим необходимо уделять особое внимание смене деятельности обучающихся с целью удержания внимания аудитории.

Количество участников вебинара не ограничено.

Для реализации программы необходимо соблюдать требования к кадровому составу преподавателей: опыт проведения вебинаров, знание основ социальной адаптации инвалидов и членов их семей. С учетом психофизических характеристик обучающихся и их количества для реализации программы необходимо привлекать не менее двух преподавателей.

Тематическое планирование

Тема 1. Общие положения социальной адаптации инвалидов и членов их семей

Законодательство в сфере социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Проблемы в реализации на государственном уровне деятельности по социальной адаптации инвалидов и членов их семей и направления решения указанных проблем.

Современные подходы к социальной адаптации инвалидов и членов их семей. направления реабилитационного процесса.

Тема 2. Возможности общественного участия в реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Гражданский контроль как средство решения проблем реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Достижения Всероссийского союза пациентов в совершенствовании системы общественного контроля.

Тема 3. Планирование программы повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей

Технологии реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Программа повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей. Ресурсы программы. Роль образовательных программ.

Учебно-тематическое планирование

№ п/п	Тема	Кол-во часов
1	Общие положения социальной адаптации инвалидов и членов их семей	2
2	Возможности общественного участия в реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей	1
3	Планирование программы повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей	2
ИТОГО		5

ПРОГРАММА «ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»: ВАРИАНТ ДЛЯ ОЧНОГО ОСВОЕНИЯ

Пояснительная записка

Программа «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей» предназначена для повышения квалификации активистов пациентского движения, занимающихся работой по социальной адаптации как инвалидов, так и членов их семей.

Цель программы – обеспечить информирование целевой аудитории о технологиях социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

В результате освоения программы обучающиеся *получат представление:*

- о проблемах и современных подходах к социальной адаптации инвалидов и членов их семей;
- о направлениях реабилитационного процесса;
- о гражданском контроле как средстве решения проблем реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

В результате освоения программы обучающиеся *получат опыт:*

- планирования программы реабилитации инвалидов и членов их семей;
- участия в круглом столе, посвященном проблемам социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Ожидаемый эффект от реализации программы – интенсификация работы НКО по направлению социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Программа осваивается в режиме семинара-погружения, что позволит интенсифицировать процесс присвоения слушателями содержания программы за счет обеспечения возможности присвоения основных понятий.

Длительность программы – 12 часов. Количество дней на освоение программы – 2.

Выбор методов освоения программы обусловлен спецификой интерактивного семинара-погружения – чередование мини-лекций, организации выполнения заданий индивидуально или в малых группах, организации презентаций результатов работы малых групп, организации рефлексии обучающихся по поводу собственной деятельности.

Для работы семинара необходимо подобрать помещение, достаточное для организации работы 50 человек в 5-ти группах. Для каждой группы необходимо наличие стола, стульев по числу участников группы. Важно, чтобы стулья было легко перемещать в пределах аудитории.

Материально-технические ресурсы, необходимые для реализации программы, включают доску для флип-чартов, альбом флип-чартов, маркеры для бумаги (по количеству групп); блокноты, ручки (по числу участников); раздаточные материалы для участников, включающие формулировки заданий и тексты для выполнения заданий.

Для реализации программы необходимо соблюдать требования к кадровому составу преподавателей: опыт проведения интерактивных семинаров-погружений и/или тренингов, знание методов социальной адаптации инвалидов и членов их семей. С учетом психофизических характеристик обучающихся и их количества для реализации программы необходимо привлекать не менее 4-х преподавателей.

Учебные материалы для обучающихся представлены в приложении 1, методические материалы для ведущих – в приложении 2.

Тематическое планирование

Тема 1. Общие положения социальной адаптации инвалидов и членов их семей

Законодательство в сфере социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Проблемы в реализации на государственном уровне деятельности по социальной адаптации инвалидов и членов их семей и направления решения указанных проблем.

Современные подходы к социальной адаптации инвалидов и членов их семей. направления реабилитационного процесса.

Тема 2. Возможности общественного участия в реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Гражданский контроль как средство решения проблем реабилитации и социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Достижения Всероссийского союза пациентов в совершенствовании системы общественного контроля.

Тема 3. Планирование программы повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей

Программа повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей. Ресурсы программы. Роль образовательных программ.

Практическая деятельность

Планируют образовательные программы для инвалидов и членов их семей для повышения уровня их социальной адаптации.

Участвуют в работе круглого стола «Программа повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей».

Учебно-тематическое планирование

№ п/п	Тема	Кол-во часов	В том числе на прак. деятельность
0	Знакомство. Сбор ожиданий от семинара	0,5	0,5
1	Общие положения социальной адаптации инвалидов и членов их семей	2	0
2	Возможности общественного участия в реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей	1	0
3	Планирование программы повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей	7	7
4	Оценка реализации ожиданий	0,5	0,5
ИТОГО		11	8

**УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ К ПРОГРАММЕ
«ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ
СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»**

К теме 0. Знакомство. Сбор ожиданий

Задание 1.

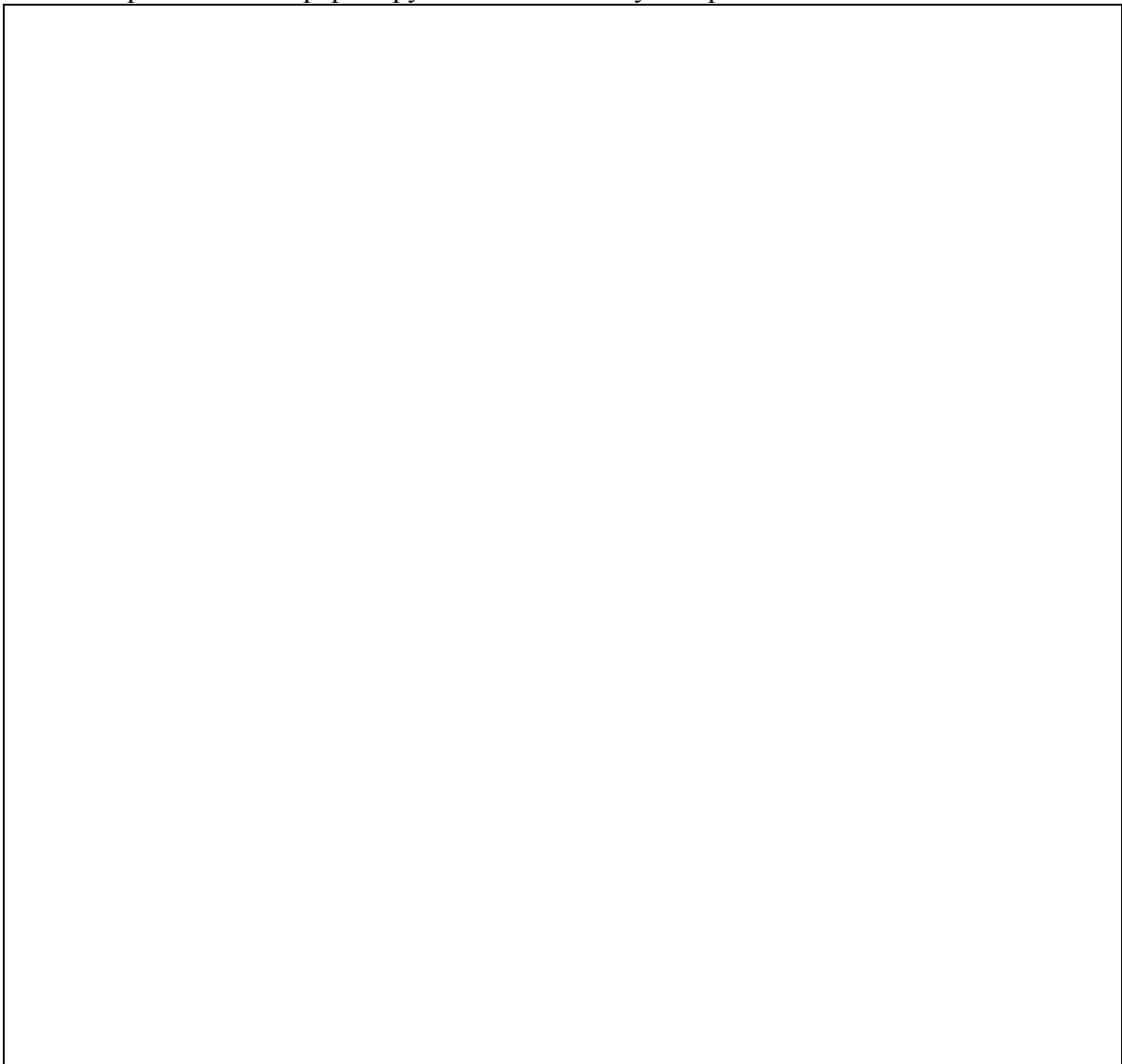
Задание 1.1.

Вам предстоит работать в группе. Представьтесь друг другу: назовите себя, расскажите, какую организацию вы представляете, обозначьте свои ожидания от семинара.

Задание 1.2.

Работая в группе, составьте портрет группы, который бы отражал информацию об участниках и об ожиданиях от семинара от членов вашей группы. Нарисуйте портрет на листе флип-чарта.

Представьте портрет группы остальной аудитории.



**К теме 1. Общие положения
социальной адаптации инвалидов и членов их семей**

Задание 2.

Задание 2.1.

Работая в паре, обсудите с партнером, 1) какие проблемы в социальной реабилитации инвалидов и членов их семей существуют в настоящий момент; 2) какие направления реабилитации инвалидов вам известны. Запишите свои представления о проблемах и направлениях работы.

Задание 2.2.

Прослушайте мини-лекцию ведущего о социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Обсудите в паре, какие ваши представления подтвердились, какие – нет.

Задайте вопросы ведущему по содержанию лекции.

Проблемы в социальной реабилитации инвалидов и членов их семей, которые существуют в настоящий момент	
Направления реабилитации инвалидов	
Вопросы ведущему	

К теме 3. Технологии реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Задание 3.

Прочитайте текст «Образовательные модули для реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей».

Спланируйте включение образовательных модулей в программу повышения социальной адаптации инвалидов и членов их семей для группы инвалидов, с которой работает ваша организация. Для этого определите, 1) какие образовательные модули могут быть использованы при работе с инвалидами, а какие – с членами их семей; 2) какие части образовательных модулей могут или должны быть исключены из программы; 3) каким содержанием может или должен быть дополнен каждый подходящий модуль; 4) какие кадровые ресурсы вам потребуются для реализации каждого подходящего модуля; 5) какие материально-технические ресурсы вам потребуются для реализации каждого подходящего модуля; 6) какие организационные ресурсы вам потребуются для реализации каждого подходящего модуля.

Будьте готовы представить результаты своей работы аудитории.

Образовательный модуль	Психологическая поддержка инвалидов и их родственников
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Уход за инвалидом на дому и самообслуживание
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Адаптивная физкультура для инвалидов с ограничениями в передвижении
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Пальчиковый тренинг
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Средства технической реабилитации, бытовая реадaptация, самообслуживание
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Музыкальная реабилитация (караокетерапия)
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Музыкальная реабилитация (музыкотерапия)
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Информационные технологии
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательный модуль	Прикладное творчество как средство восстановления мелкой моторики
Может быть реализован для инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Может быть реализован для членов семей инвалидов (да/нет)	
<i>Если да, то что можно или нужно исключить</i>	
<i>Если да, то чем можно или нужно дополнить</i>	
Кадровый ресурс	
Материально-технические ресурсы	
Организационные ресурсы	

Образовательные модули для реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Образовательный модуль «Психологическая поддержка инвалидов и их родственников»

Работа с пациентами и их родственниками в группах психологической поддержки может проводиться специально обученными медицинскими или социальными работниками, получившими разрешение на проведение образовательной работы с пациентами, клиническими психологами, врачами-психотерапевтами.

Цели организации групп:

- повышение качества оказания психологической помощи пациентам с РС;
- повышение информированности целевого населения;
- улучшение качества жизни инвалидов и их родственников;
- адаптация людей с ограниченными возможностями в социуме.

Задачи:

- повышение информированности пациента о заболевании, прогнозе, методах лечения и реабилитации, факторах риска;
- выработка ответственности пациента за возможно более долгое сохранение своего здоровья;
- формирование объективного отношения к заболеванию, повышение мотивации к поддерживаемому лечению и выполнению рекомендаций лечащего врача;
- отработка с пациентами умений и навыков по контролю за своим состоянием, способам адаптации и преодоления имеющегося дефицита;
- привитие пациентам навыков образа жизни с хроническим неврологическим заболеванием и ответственного отношения к своему здоровью.

Вспомогательные средства повышения эффективности проведения тематических групп:

- публикации по проблеме на бумажных и электронных носителях для пациентов;
- тематические периодические издания, выпущенные совместно с общественными инвалидными организациями.

Содержание занятий в психологических группах:

Полный цикл состоит из 4-х занятий продолжительностью по 60 минут, посвященных основным, наиболее важным, аспектам жизни с РС, которые требуют активного участия самого пациента.

Направления тематических занятий:

Занятие 1. Психологические особенности личности инвалидов; анализ психотравмирующих переживаний; рекомендации по психопрофилактике внутри семьи;

Занятие 2. Самопознание, самосовершенствование, самоуважение; психология преодоления внутриличностных и семейных конфликтов.

Занятие 3. Умеем ли мы общаться; больной и общество.

Занятие 4. Социальные особенности поддерживающего семейного общения и взаимодействия.

Информационный материал может являться справочным материалом, направленным на информирование пациентов о заболевании и на повышение их осознанного участия в процессе лечения и реабилитации. Информационный материал не обязательно должен быть весь представлен пациентам во время занятий. Рекомендуется иметь его постоянно на столе во время занятия, и при изложении материала следует стремиться максимально выполнить поставленную в занятии цель.

Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы для улучшения качества жизни больных с РС, поддержания самостоятельности, сохранения мотивации к лечению и реабилитации.

Структура тематических занятий в психологических группах:

Занятия в Школе имеют единую структуру:

1. Вводная часть – 15 минут.
 - 1.1. Знакомство, представление участников.
 - 1.2. Сбор ожиданий, описание целей обучения.
2. Информационная часть – 20 минут.
 - 2.1. Тематический доклад специалиста на выбранную тему.
 - 2.2. Активная часть (дискуссия вопрос-ответ) – 5 минут.
3. Практическая работа с группой – 15 минут.
 - 3.1. Тренировка выработанных навыков.
 - 3.2. Релаксация с помощью дыхательной гимнастики.
4. Подведение итогов, выбор актуальной темы и составление плана следующего занятия – 5 минут.

Структура каждого занятия:

Тема занятия (одна из четырех указанных).

Продолжительность занятия – от 60 до 90 минут.

1. Вводная часть – 15 минут.

1.1. Знакомство, представление участников.

ИНСТРУКЦИЯ. Представьте слушателям себя: назовите свое полное имя, должность, профессию, опыт работы. Уточните, как к Вам удобно обращаться при общении. Раздайте каждому слушателю заранее приготовленные чистые листы бумаги и авторучки. Если пожелаете, для облегчения контакта со слушателями кратко опишите свой личный интерес к актуальной проблеме и обучению. Затем дайте возможность каждому слушателю представиться, назвать имя, отчество. Удобно, когда каждый участник прикрепляет к своей одежде бейдж со своим именем. Как второй вариант – предложите каждому слушателю сложить второе лист бумаги и написать свое имя печатными буквами на средней трети листа, затем сложить листы по сгибу в треугольную пирамиду, которую можно удобно разместить на столе перед каждым участником. Желательно, чтобы во время занятия слушатели сидели вокруг большого стола. Это более предпочтительно, чем «выступление перед аудиторией», так как дает возможность легко и комфортно общаться, быстрее достичь целей обучения.

1.2. Сбор ожиданий, описание целей обучения.

ИНСТРУКЦИЯ. Дайте краткий обзор тематики занятия. Попросите слушателей высказать свое мнение и пожелания, чего они ожидают от посещения группы. Запомните или запишите наиболее общие замечания и пожелания, чтобы в последующем обязательно учесть их при общении. Очень важно, чтобы Вы могли перестроиться в ходе занятия, если этого потребует интерес слушателей. Не старайтесь изложить всю заранее заготовленную информацию. Лучше остановиться на вопросах, наиболее интересующих слушателей. Если вопросы текущего занятия окажутся для слушателей менее интересными, чем темы последующих занятий, постарайтесь все же не изменять построения курса обучения. Уточните, на каких из последующих занятий будут разбираться интересующие слушателей вопросы.

Первое занятие, помимо изложенной цели, имеет задачу заинтересовать пациента посещать и участвовать в работе всего курса занятий Школы Здоровья. Это требует особого внимания и тщательной подготовки к первому занятию для повышения заинтересованности пациента и в получении информации, и в активном участии в обучении. Используйте «эффект первого впечатления». Весь курс направлен на предоставление информации и мотивирование пациента, которые должны стать основой для повышения активности и осознанного участия пациента в процессе лечения и оздоровления.

На последнем занятии выскажите всем присутствующим благодарность за сотрудничество. Поделитесь со слушателями «секретами успеха» – для достижения цели необходимо строить реалистичные планы, определять конкретные сроки, выбирать не глобальные задачи, а наиболее конкретные, поэтапные. Желательно выбрать для себя (порекомендовать пациентам) поощрения при достижении конкретного результата. Главная цель – чтобы пациенты по окончании курса обучения объективно относились к своему заболеванию, составили собственный, индивидуальный, реалистичный, конкретный план действий для стабилизации своего состояния, к реализации которого они уверенно приступят или уже начнут действовать в процессе обучения.

Заключительное занятие подводит итог всех предыдущих занятий и намечает планы на будущее – динамическое наблюдение пациентов, их самостоятельное активное участие в лечении и реабилитации.

2. Информационная часть – 20 минут.

2.1. Тематический доклад специалиста на выбранную тему.

ИНСТРУКЦИЯ. При изложении данного раздела желательно продемонстрировать материал с помощью презентации. Избегайте строгих, научных, непонятных терминов, старайтесь излагать материал доступно, своими словами. При уточняющих вопросах старайтесь освещать только общие клинические, а не индивидуальные моменты, периодически интересуйтесь у аудитории, всем ли присутствующим интересна данная тематика.

2.2. Активная часть (дискуссия вопрос-ответ) – 5 минут.

ИНСТРУКЦИЯ. Если приведенная выше информационная часть вызвала вопросы, можно их обсудить. Постарайтесь управлять дискуссионным процессом, чтобы обсуждение не затянулось. При затянувшейся дискуссии или некорректных высказываниях слушателей тактично остановите их и предложите обсудить вопросы позднее в индивидуальном порядке, либо со своим лечащим врачом. Если вопросов по информационной части не возникло, дайте возможность наиболее активным слушателям высказать свое мнение.

Поинтересуйтесь у участников, не устали ли они, и при необходимости сделайте пятиминутный перерыв.

3. Практическая работа с группой – 15 минут.

3.1. Выявление индивидуальных управляемых факторов риска при стрессе.

ИНСТРУКЦИЯ. Попросите каждого из участников озвучить один фактор риска, который может привести к стрессу. Затем попросите их в нескольких словах кратко описать свое самочувствие в стрессовой ситуации. Обратите внимание аудитории на общность и похожесть стрессовых ситуаций и возникающих при этом телесных ощущений. Расскажите о методах релаксации с помощью различных видов дыхательной гимнастики и предложите аудитории попробовать вместе один из этих методов.

3.2. Тренировка выработанных навыков.

ИНСТРУКЦИЯ. Методы дыхательной гимнастики.

Продемонстрируйте аудитории использование методов дыхательной гимнастики. Необходимо принять удобную позу, максимально расслабиться и закрыть глаза. Упражнения можно регулярно или периодически повторять по мере необходимости. Можно также использовать его в ситуациях тревоги и фрустрации, когда необходимо сесть и расслабиться, чтобы просто переждать напряженную ситуацию, которая сама в скором времени разрешится, например, при возникновении страха или панической реакции в метро, в самолете, в лифте и других замкнутых помещениях, при межличностных и бытовых конфликтах.

3.3. Релаксация с помощью дыхательной гимнастики.

ИНСТРУКЦИЯ. Предложите аудитории в течение 10 минут использовать продемонстрированный метод. По окончании занятия поинтересуйтесь, что изменилось в самочувствии, дайте возможность наиболее активным слушателям высказать свое мнение.

4. Подведение итогов – 5 минут.

ИНСТРУКЦИЯ. Предложите аудитории прокомментировать пройденное занятие, задать уточняющие вопросы, на которые они не получили ответа во время данного занятия. Если ответы не потребуют много времени, ответьте. Объясните, что при следующих встречах ответите на оставшиеся вопросы. Все вопросы и пожелания, высказанные слушателями, необходимо учесть и исполнить. Это закрепит дружескую атмосферу в группе, облегчит общение и достижение цели обучения в Школе.

Дайте краткую информацию о теме следующего занятия, подчеркнув необходимость посетить все занятия курса, так как они взаимосвязаны, но не повторяются и построены по определенной схеме.

Уточните время и дату следующей встречи. Спросите пожелания слушателей.

Оценка эффективности проведения

- оптимизация качества оказания лечебно - реабилитационных и социальных услуг, проводимых целевому населению;
- снижение количества конфликтных ситуаций, связанных с недостаточной информированностью пациентов и их родственников о течении и прогнозе заболевания, либо с нереалистичными ожиданиями от проводимой терапии;
- снижение количества посещений врача без особой необходимости;
- оптимизация времени приема для врачей ЛПУ за счет информированности пациентов по актуальным вопросам лечения и реабилитации;
- улучшение эмоциональной обстановки в семьях, где есть люди с РС;
- повышение качества жизни инвалидов и их родственников.

Образовательный модуль

«Уход за инвалидом на дому и самообслуживание»

Общие рекомендации по уходу

Понятия «лечение» и «уход» тесно взаимосвязаны. Правильный уход — мощное лечебное средство. Зачастую он является и профилактическим мероприятием, т. е. предотвращает развитие серьёзных осложнений у ослабленного болезнью человека. Вот почему людям, ухаживающим за больным, да и всем членам его семьи необходимо хорошо знать особенности заболевания подопечного и понимать, к чему могут привести любые, даже самые незначительные действия.

Организация ухода на дому

Задача ухода за больным дома — создать такие условия и обстановку, которые бы способствовали облегчению его страданий и быстрейшему выздоровлению. Родным предстоит решить, какими средствами они смогут достичь этого. Наиболее проблематичным является уход за престарелыми людьми, инвалидами, теми, кому на длительное время предписан постельный режим.

В определённых случаях, согласно российскому законодательству, в уходе за пожилыми людьми и инвалидами должны участвовать медицинские сестры из районных поликлиник и работники местных органов социальной защиты населения. Однако государственное медико-социальное обслуживание на дому зачастую малоэффективно из-за недостатка кадров и несогласованности в работе соответствующих учреждений.

Если близкие люди готовы самостоятельно ухаживать за больным дома, не обращаясь за посторонней помощью или прибегая к ней лишь в крайних случаях, то им следует прежде всего оптимизировать свой режим и семейный быт.

Основные и подготовительные мероприятия

<i>Подготовка к уходу за больным</i>	<p>Попытайтесь спрогнозировать срок ухода за больным: если это длительное время, вероятнее всего, потребуется провести дополнительные мероприятия по реорганизации домашней обстановки.</p> <p>Узнайте у врача о характере заболевания, возможных осложнениях и необходимых процедурах. Приобретите нужные лекарства, медицинские инструменты, предметы ухода и, если требуется, медицинские аппараты.</p>
<i>Необходимые предметы медицинской помощи</i>	<ul style="list-style-type: none">• Термометр (хранить в футляре!).• Аппарат для измерения артериального давления.• Индивидуальный ингалятор.• Грелка.• Банки медицинские.• Клизмы (маленькая и большая — кружка Эсмарха).Газоотводная трубка.• Мензурки для приёма лекарств или мерные стаканчики.• Шпатель.• Пинцет, корнцанг, ножницы.• Пипетки (разного назначения — для носа, глаз, ушей).• Клеёнка и вощёная бумага.• Бинт стерильный (узкий и широкий) и нестерильный.

	<p>Помните, что у стерильных предметов тоже есть свой срок годности! Если необходимо, эластичный бинт.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Салфетки марлевые (стерильные и нестерильные). • Лейкопластырь (обычный и бактерицидный). • Вата: стерильная и нестерильная.
<p>Определение объёма работ</p>	<p>Чтобы определить, в каком объёме больной человек нуждается в вашей помощи, постарайтесь узнать, способен ли он самостоятельно:</p> <p>узнавать окружающих; запоминать информацию; читать;</p> <p>набирать номер телефона;</p> <p>разогревать пищу, пользоваться столовыми приборами; чистить зубы, причёсываться, умываться, пользоваться душем, обслуживать себя в туалете;</p> <p>снимать и надевать брюки, застёгивать пуговицы, надевать обувь;</p> <p>вставать с кровати, садиться на стул, ложиться на кровать;</p> <p>передвигаться, сохраняя равновесие; подниматься по лестнице; наклоняться.</p> <p>Если человеку необходима помощь в приёме пищи, передвижении, гигиенический уход и помощь по хозяйству, это займёт не менее 5 ч в день.</p>
<p>Основные мероприятия по уходу за больными</p>	<p>Лечение</p> <p>Старайтесь присутствовать при посещении лечащего врача или врача-консультанта. Сообщайте ему все сведения о состоянии здоровья больного.</p> <p>Стремитесь точно выполнять назначения и рекомендации доктора</p> <p>Для удобства записывайте лечебные и гигиенические назначения в специально выделенный блокнот.</p> <p>Наблюдение</p> <p>Следите за состоянием здоровья подопечного.</p> <p>Наблюдайте за его поведением, позой, цветом лица. В случае длительного течения болезни для удобства заведите дневник наблюдений.</p> <p>Гигиена</p> <p>Следите, чтобы больной соблюдал правила личной гигиены. При необходимости помогайте ему.</p> <p>В зависимости от тяжести заболевания выполняйте санитарно-гигиенические требования.</p> <p>Помощь больному</p> <p>Приём пищи.</p> <p>Одевание.</p> <p>Передвижение.</p> <p>Туалет.</p> <p>Помните! Будучи больным, человек испытывает</p>

	<p>дискомфорт не только от физического страдания, но и оттого, что становится зависим от окружающих. Оказывая помощь подопечному, стремитесь не столько выполнять за него все действия, сколько создать такие условия, в которых человек (с учётом сохранившихся возможностей) мог бы действовать самостоятельно, — это принесёт ему гораздо больше удовлетворения. Не забывайте о чувстве собственного достоинства подопечного.</p>
--	--

Оказание помощи в передвижении

Если у человека вследствие болезни ограничены возможности передвижения, чтобы правильно выбрать вспомогательные средства и способы перемещения, выясните, какие трудности испытывает подопечный, какие движения не вызывают у него боли, а каких он избегает и т. д. Проанализировав состояние больного, оцените собственные силы (так, перемещать лежачего или парализованного больного удобнее вдвоём).

Ниже даны советы по организации помощи.

Средства опоры. Если подопечный может ходить, но делает это неуверенно, теряет равновесие и в любую минуту может упасть, или же учится ходить после длительного лежания, ему помогут индивидуальные средства — трость, ходунки, костыль и т. п. Приобретите их в магазине медицинской техники, поищите у знакомых, возьмите напрокат.

Средства поддержки. Чтобы больному было удобнее сидеть, вставать, ходить в домашних условиях, закрепите в соответствующих местах в коридоре, туалете, возле кровати поручни, перила и т. п.

Средства переноса. Чтобы перенести больного, например, по лестнице, можно усадить его в специальное сиденье (предлагаемое разными производителями) и нести вдвоём, взяв сиденье за ремни. В крайнем случае, можно перенести человека на одеяле.

Способы подъёма с кровати. Если человек провёл в постели несколько недель, прежде чем переводить его на другой режим двигательной активности, придётся несколько дней посвятить тому, чтобы он привык к сидячему положению. Для этого нужно постепенно увеличивать угол подъёма изголовья кровати, подкладывая, например, подушки. Когда больной сможет сидеть таким образом, не испытывая головокружения, попробуйте усаживать его вертикально. Придвиньте подопечного к краю кровати, спустите его ноги вниз, поднимите его туловище, придерживая за плечи. Чтобы у человека была опора, поставьте ему под ноги скамеечку. Находитесь рядом.

Для облегчения подъёма больного можно использовать специальный широкий пояс, надеваемый больному на талию. Одной рукой вы подхватываете человека под мышку, другой тянете за пояс; подопечный для устойчивости должен упираться коленом в ваше колено (операцию выполняют вдвоём, встав слева и справа от больного).

Кресло-коляска. Если требуется, приобретите для больного кресло-коляску. Научите человека управлять ею и научитесь этому сами. Возможно, в доме придётся расширить дверные проёмы, снять пороги, заменить двери занавесками, расположить ниже выключатели, иначе организовать интерьер.

Для большей самостоятельности подопечного научите его приёмам, позволяющим обходиться без посторонней помощи. Например, если у человека

повреждены ноги, но он способен опираться на руки, чтобы пересесть с кровати в коляску, можно использовать в качестве «мостика» гладкую деревянную доску с закруглёнными концами размером 23 x 65 см. Коляску (одной высоты с кроватью) придвигают под углом к ней и ставят на тормоза; если подлокотники съёмные, снимают тот, что ближе к краю кровати. Больному нужно подложить край доски себе под ягодицу, отклонившись в другую сторону или подтянув ногу вверх. Затем, опираясь одной рукой о кровать, а другой о доску, податься вперёд, опустить ноги и скользнуть по доске в кресло. Гораздо легче будет скользнуть по доске ягодицами, держа ноги на кровати и опустив их вниз уже после того, как удалось перебраться в коляску.

Психологические советы по уходу за больными

Заболевший человек требователен, капризен, плаксив и легко впадает в депрессию. Помните, что вам должно хватать сил и терпения, чтобы ухаживать за ним. Для улучшения настроения подопечного попробуйте организовать ритм его жизни так, чтобы он не был монотонным.

<p><i>Этические нормы поведения</i></p>	<p>Ухаживая за больным, будьте приветливы, доброжелательны, ободряйте и поддерживайте подопечного, но не обещайте ему невозможного.</p> <p>Старайтесь сохранять спокойствие и сдержанность. По возможности выполняйте просьбы больного, а отказывая, объясняйте причину без раздражения.</p> <p>Больные люди, как правило, внимательно наблюдают за ухаживающими. Поэтому следите за своими интонациями и эмоциональным сопровождением речи (мимика, жесты, прикосновения): то, как вы говорите, должно соответствовать тому, что вы хотите сказать.</p> <p>Не комментируйте неудачные действия и не всегда осмысленные (на ваш взгляд) поступки подопечного — иногда больному человеку неловко объяснять своё поведение.</p> <p>Желательно не обсуждать состояние здоровья больного с другими людьми, особенно если это ему неприятно. Вопрос о сохранении медицинской тайны решайте на семейном совете.</p> <p>По возможности исключите либо ограничьте посещение больного шумными друзьями и родственниками.</p> <p>По возможности приглушайте звук радиоприёмника и телевизора.</p>
<p><i>Общение с больным человеком</i></p>	<p>Не утомляйте его длительными беседами, не докучайте вопросами, тем более, если человек стремится уклониться от них. Не перебивайте больного, внимательно и терпеливо выслушивайте его.</p> <p>Старайтесь не акцентировать внимание больного на состоянии его здоровья и симптомах недуга, лучше сообщить о прогнозе (если он положительный) и привести оптимистичные примеры выздоровления из жизни знакомых.</p> <p>О назначениях врача, его методике и действиях в присутствии больного говорите крайне осторожно — лучше не комментировать их и не критиковать.</p> <p>Старайтесь пояснять больному свои действия, чтобы он тоже участвовал в лечении. Если даёте какие-нибудь инструкции</p>

	<p>подопечному, объясняйте чётко и затем проверьте, правильно ли он понял вас. Спрашивайте, нет ли у него вопросов.</p> <p>Обсуждая с подопечным медицинские темы, не злоупотребляйте терминологией.</p> <p>Старайтесь говорить медленно, чтобы больной успевал отреагировать на вашу информацию. Стройте свою речь так, чтобы понять вас можно было только однозначно.</p> <p>Не оставляйте больного в стороне от жизни семьи (если не требуется его изоляция).</p> <p>По возможности (и желанию больного) привлекайте его к участию в семейных событиях и праздниках.</p>
<p>Организация досуга подопечного</p>	<p>Для человека с ограниченной подвижностью найдите подходящую форму досуга.</p> <p>Стимулируйте познавательную деятельность подопечного чтением книг, прослушиванием радио и просмотром телепередач. Побуждайте его участвовать в викторинах и конкурсах.</p> <p>Давайте подопечному просматривать фотографии, слушать любимую музыку.</p> <p>Встречи с друзьями, общение по телефону — тоже форма досуга. Используйте различные игры: шахматы, шашки, головоломки, компьютерные игры; предложите собирать картинки из пазлов или мозаики.</p> <p>Для лежачего больного могут быть доступны вязание, вышивание, рисование, литературное творчество и написание писем.</p> <p>Если у человека нет индивидуальных противопоказаний (например, аллергии на кошачью шерсть), допускайте к нему домашних животных. Можно завести птиц или рыб.</p> <p>Компьютер, интернет — хорошее средство обрести друзей, собеседников, собрать по недугу.</p>

Как поддержать силы ухаживающего

Длительный уход за больным, особенно лежачим или инвалидом, создаёт значительные психологические и физические нагрузки у того, кто заботится о нём. Нередко обязанности по уходу ложатся дополнительным грузом на плечи человека, которого никто не освобождает от повседневной домашней работы, да зачастую и от работы вообще. Поэтому постарайтесь изыскать возможность равномерно распределить обязанности между всеми членами семьи или поищите среди знакомых того, кто бы мог изредка подменять вас.

Внимание! Правильно рассчитывайте собственные силы. От вашей работоспособности и настроения зависит успех ухода за больным. Помните, что переутомление может привести к физическому и нервному срыву, который в итоге причинит вред больному.

Ниже даны некоторые советы по поддержанию сил ухаживающего

Здоровье	<p>Чтобы поддержать себя в рабочей форме, заботьтесь о полноценном сне. Не стремитесь искусственно продлевать время нахождения у постели больного: бодрящий эффект после приёма кофе кратковременен, после него всегда наступает период торможения.</p> <p>Соответственно физической нагрузке увеличьте калорийность питания, но избегайте жирной и жареной пищи.</p> <p>По возможности ежедневно проводите хотя бы 30—60 мин на свежем воздухе. Особенно хорошо совершать прогулку быстрым шагом.</p> <p>Простое, но действенное средство для поддержания здоровья — зарядка.</p>
Безопасность	<p>При уходе за человеком с большим весом желательно приобрести специальные приспособления (подъёмники, поворотные круги и т. п.) в специализированном магазине или реабилитационном центре. Если средств для этого нет, помогая больному передвигаться, обязательно соблюдайте правила поднятия и перемещения тяжестей:</p> <ul style="list-style-type: none">поднимая и перемещая больного, не наклоняйтесь вперёд;поднимая груз, держите его как можно ближе к груди, следите, чтобы ваша спина была прямой; перед подъёмом согните ноги в коленях;нагрузку на руки распределяйте равномерно;чтобы переместить поднятый груз в сторону, поворачивайтесь всем корпусом;если больной способен, просите его опереться, подтянуться, оттолкнуться (т. е. помогать вам);обязательно объясняйте подопечному, что вы собираетесь делать и какой помощи ожидаете от него.
Отдых	<p>Старайтесь устраивать в течение дня (при постоянном уходе за больным) перерывы для отдыха по 15—20 мин каждые 2 ч.</p> <p>При уходе за больным необходим полноценный отдых (отпуск) раз в полгода.</p> <p>Душевно укрепляет занятие любимым делом по возможности не лишайте себя того, что доставляет вам радость. Если в сложившихся условиях придётся оставить привычное хобби, подберите для себя новое.</p>

Обустройство помещения

Для больного человека (особенно малоподвижного или лежачего), инвалида окружающий мир часто ограничивается пределами квартиры, а то и комнаты. Поэтому очень важно, чтобы заболевшему члену семьи было удобно в том помещении, где он будет находиться. Для этого нужно:

- решить, в какой комнате поместить больного;
- определить по характеру заболевания, как долго пробудет заболевший в домашних условиях;

- обустроить соответственно помещение (в случае с инвалидами, людьми, страдающими хроническими заболеваниями, придётся правильно оборудовать кухню, ванную комнату, прихожую и туалет).

Идеально отвести больному человеку две смежные комнаты: одну - в качестве гостиной, другую — как спальню. Таким образом, он не будет присутствовать в помещении во время уборки. Разумеется, всё зависит от конкретных условий проживания; часто больной вынужден находиться в одной комнате с другими членами семьи. В таком случае по его желанию можно отгородить его спальное место ширмой, занавеской или предметом мебели. Потребуется на время болезни серьёзное переобустройство помещения или нет, необходимо соблюсти главное — больному должно быть уютно. Кроме того, существует ряд требований к помещению, которые желательно (если это возможно) выполнить. Они представлены в таблицах ниже.

Гигиенические требования

<i>Проветривание</i>	<p>Регулярное проветривание квартиры (или дома) необходимо всегда, но следует избегать сквозняков. Если в доме болеющий человек, форточки, фрамуги или окна в его комнате открывают:</p> <p>зимой — на 15—20 мин не реже 3—5 раз в день (больного надо дополнительно прикрыть пледом или одеялом, а его голову — платком, оставив открытым лицо);</p> <p>в тёплое время года — значительно чаще (при наличии сеток на окнах их можно держать открытыми постоянно).</p> <p>Не рекомендуется вместо проветривания окуривать помещение какими-либо ароматическими веществами (если не назначена ароматерапия).</p> <p>Больного не должны раздражать запахи пищи. Если он ест в постели, необходимо проветрить комнату после еды. А при приготовлении пищи следует плотно закрывать дверь на кухню и в комнату больного.</p>
<i>Температура влажность</i>	<p>Желательно поддерживать в помещении и постоянную температуру (18—22° С, если не будет иных указаний врача) и достаточную влажность (сухость воздуха может вызывать у людей, соблюдающих постельный режим, кашель и другие недомогания).</p> <p>Если в помещении слишком сухо, для повышения влажности можно поставить сосуды с водой либо повесить мокрое полотенце или намоченную сложенную простыню на вешалке с перекладиной. Используются также специальные увлажнители воздуха.</p>
<i>Уборка помещения</i>	<p>Ежедневно протирайте ручки дверей, выключатели, трубку телефона и ручки умывальных кранов.</p> <p>Полезно регулярно проводить влажную уборку полов, вытирать мебель, чистить ковры пылесосом. Если есть возможность, выводите или вывозите в это время больного из комнаты.</p> <p>Помните! Уборку лучше проводить после смены постельного или нательного белья.</p> <p>Появившиеся пищевые отходы и мусор следует немедленно выбрасывать (остатки пищи и крошки собирать щёткой или совком), всю посуду после еды сразу же уносить. Недопитую воду,</p>

	<p>которой больной запивал лекарство, в ёмкости не оставлять.</p> <p>Следите, чтобы в комнате не было невымытого горшка или судна. Протрите кресло-туалет после использования.</p> <p>Для уборки лучше выделить отдельные ведро и тряпку. Пол можно мыть мыльно-содовым раствором. Тряпку после мытья желательно обеззаразить, погрузив на 1 час в 1%-ный раствор хлорамина. Затем промыть тряпку под проточной водой и хранить в сухом виде в подсобном помещении.</p>
--	---

Подготовка спального места

В зависимости от тяжести недуга определённое время заболевший проведёт лёжа, поэтому важно обеспечить ему комфорт. При подготовке постели нужно учитывать:

- сможет ли больной встать самостоятельно или ему потребуются посторонняя помощь;
- способен ли он ходить или сидеть без поддержки;
- в состоянии ли он поворачиваться в постели, двигаться, поднимать голову и руки;
- пожелания больного, где поставить кровать. Ниже представлены рекомендации по подготовке спального места.

Кровать

Размещение	<p>Желательно, чтобы с обеих сторон был подход к кровати больного, а её головной конец примыкал к стене. Если назначен постельный режим в течение длительного времени, лучше установить кровать в середине комнаты.</p> <p>Если кровать стоит около наружной стены, для утепления повесьте на неё, к примеру, хлопчатобумажный гобелен.</p> <p>Не закрывайте постель навесом или балдахином, чтобы не затруднять приток свежего воздуха.</p> <p>Старайтесь найти такое место, чтобы свет из окна не бил больному в глаза, но он всё же мог видеть происходящее на улице.</p> <p>Помните! Кровать больного не должна стоять на проходе, на сквозняке, в тёмном углу или на солнце, а также близко к батарее отопления, обогревателю или печке.</p>
Конструкция кровати	<p>Для больных, которым показан постельный режим в течение длительного времени, предпочтительнее железная кровать. Чтобы металл не охлаждал ноги, нужно поместить туда небольшую доску.</p> <p>Для беспокойных больных кровать следует ограждать сетками, опускающимися рамами или съёмными планками, как на детской кроватке. Либо постелите рядом с кроватью матрас на случай падения больного. Также можно использовать несколько клиновидных матрасов-валиков: их подкладывают под простыню по бокам, образуя углубление (ложе).</p> <p>Если кровать придётся передвигать, удобнее будет такая, у которой передние ножки на роликах. Ролики на всех ножках делают кровать неустойчивой.</p> <p>Размеры кровати для взрослых : не меньше 2х1,2 м. Чтобы ухаживающему не приходилось нагибаться</p>

	<p>слишком низко, кровать должна отстоять от пола на 60—70 см. Кроватная сетка должна быть ровной и хорошо натянутой. Предусмотрите, чтобы кровать можно было легко мыть и перестилать.</p>
<p>Матрас</p>	<p>Матрас может быть с любым наполнителем (вата, синтетическое волокно холофайбер, морская трава, гречишная шелуха, просяные или овсяные отруби и др.). Выпускаются ортопедические, водяные и надувные матрасы. Если спальное место с поролоновой набивкой, обязательно положите матрас (или одеяло) с шерстяным либо иным наполнителем. Внимание! Перины для больного недопустимы.</p> <p>Выберите ровный и упругий матрас, без бугров и впадин. Посмотрите, чтобы он был хорошо набит, т. е. в середине толще, чем на концах. Его поверхность должна быть слегка выпуклой, поскольку иначе под тяжестью больного в центре быстро образуется впадина. В матрасе, прошитом насквозь несколькими швами, набивка не сбивается.</p> <p>Желательно приготовить два матраса, чтобы регулярно заменять и проветривать их, а также специальные наматрасники (по два для смены) из плотной хлопчатобумажной ткани, которые нужно еженедельно проветривать или стирать.</p> <p>Для тяжелобольных и страдающих недержанием мочи лучше стелить на матрас медицинскую клеёнку (или обшить ею матрас), а поверх неё — пелёнку.</p> <p>Для больных, страдающих недержанием мочи и кала, применяют также матрасы из трёх секций, которые привязывают друг к другу или крепят липучками. Средняя часть приспособлена для подачи судна. Когда она запачкается, её легко заменить. Следите, чтобы все части были тщательно подогнаны, иначе больному будет неудобно лежать.</p> <p>Для сильно ослабленных больных используют специальные противопролежневые матрасы, изготовленные из плотной непромокаемой ткани. Они наполняются воздухом с помощью насоса, но слишком сильно их надувать нельзя. Эти матрасы продают в специализированных магазинах медицинской техники и аптеках.</p>

Уборка и заправка постели

Рекомендуется перестилать постель утром, перед дневным сном и на ночь. Лучше делать это в чистом халате или фартуке.

Больные, как правило, очень, обидчивы и чувствительны к окружающей обстановке, многие мелочи приобретают для них большое значение, поэтому ко всему, что может их взволновать, нужно относиться с повышенным вниманием. Например, тщательно просматривать бельё, и если заметна грязь, сразу же заменять испачканное. Не забывайте расправлять одеяло в пододеяльнике, взбивать подушки.

Если больной может двигаться, лучше временно пересадить его на стул или в кресло около кровати. Чтобы меньше беспокоить тяжелобольного, его постельное бельё рекомендуется менять вдвоём.

<p>Основные правила</p>	<p>После заправки постели обязательно проветрите комнату и перед тем, как выйти, убедитесь в том, что больной в безопасности и ему удобно.</p> <p>Складывайте постельное бельё стопкой в порядке его использования, так чтобы наверху находилась простыня или чистый наматрасник. Если бельё (например, одеяла или покрывала) предстоит использовать повторно, складывайте его отдельно.</p> <p>При смене постельного белья передвигайтесь вокруг кровати. Не следует нагибаться над ней и пытаться дотянуться до разных частей постели, стоя на одном месте. Если требуется помочь больному, сидящему в постели, переменить положение, не тянитесь к нему, а встаньте на край кровати одним коленом и, опираясь на него, помогите.</p> <p>При разных действиях, особенно связанных с поднятием тяжестей, старайтесь держать спину прямо, распределять нагрузку на руки равномерно, ставьте ноги на ширине плеч, а стопы — параллельно друг другу.</p> <p>Внимание! Работать в положении наклона туловища вперёд вредно, т. к. нагрузка на позвоночник с увеличением угла наклона возрастает в 10—20 раз.</p> <p>Особо осторожно меняйте постельное бельё тяжелобольному, которому запрещено двигаться. Перекатывайте лежащего только по направлению к себе и никогда от себя, чтобы не нанести ему травму.</p> <p>При заправке постели, где находится больной, труднее всего заменить нижнюю простыню и пелёнку. Края простыни не должны свисать, их следует подогнуть под матрас со всех сторон. Чтобы она не сбивалась и не образовывала складки, её можно прикрепить к краям матраса с помощью специальных тесёмок. Целесообразно также применять простыню на резинке.</p> <p>Старайтесь еженедельно чистить кровать и матрас пылесосом. Полезно протирать кровать влажной тряпкой и переворачивать матрас.</p> <p>Помните! Нельзя встряхивать постельные принадлежности в комнате больного.</p>
<p>Первый способ заправки постели</p>	<p>Переверните тяжелобольного на бок и ослабьте натяжение грязной простыни и пелёнки.</p> <p>Скатайте грязную простыню валиком под спину больного, а на матрас положите чистую. Оставшуюся часть чистой простыни сложите веером возле скатанной.</p> <p>Заправьте чистую простыню под матрас и сделайте то же самое с пелёнкой.</p> <p>Перекатите больного через грязную простыню и сложенную чистую и положите его на расправленную сторону чистой.</p> <p>Снимите грязную простыню, натяните чистую и заправьте под матрас. Сделайте то же с пелёнкой.</p>

Второй способ заправки постели	<p>Скатайте валиком грязную простыню из-под головы и ног больного и уберите.</p> <p>Осторожно подведите чистую простыню, скатанную с двух сторон валиками, как бинт, под крестец больного и затем расправьте к голове и ногам. Проверьте, чтобы на простыне не было рубцов, заплаток и складок. Если больному можно двигаться, то усадите его снимите подушки и скатайте простыню к ягодицам. Положите на освободившееся место у головного конца кровати чистую простыню, скатанную в виде валика, а потом раскатайте её к туловищу больного. Уложите подушки и помогите больному лечь.</p> <p>Приподнимите ему крестец и ноги, уберите загрязнённую простыню и раскатайте до конца чистую. Расправьте простыню, чтобы на ней не было складок, и подверните под матрас.</p>
---------------------------------------	---

Одежда и обувь

Следует позаботиться об одежде не только для заболевшего, но и для того, кто ухаживает за ним. Общие требования — чистота и удобство пользования.

Рекомендации ухаживающему

Одежда	<p>Желательно приготовить отдельную одежду (несколько смен) и хранить её в специально отведённом месте.</p> <p>Подойдут вещи из хлопчатобумажной ткани, которые быстро надеваются: халаты, лучше с длинным рукавом, брюки, рубашки, футболки, фартуки, косынки. Одежда должна быть свободной.</p> <p>Халат и косынку (спецодежду) желательно стирать отдельно от другого белья, используя режим кипячения.</p>
Обувь	<p>Выделите для ухода 2-3 пары удобных туфель на широком устойчивом каблуке высотой не более 4—5 см. Предпочтительнее обувь из кожи или хлопчатобумажной ткани, которую легко мыть.</p> <p>Следите, чтобы обувь плотно облежала ногу, не скользила по полу.</p>
Внешний вид	<p>Не пользуйтесь косметическими средствами с сильным запахом, чтобы не вызвать у больного аллергических реакций и не раздражать его.</p> <p>Нельзя использовать лак для ногтей.</p> <p>Нежелательно надевать ювелирные изделия при уходе за больным: крошечные углубления на их поверхности — место для размножения микробов. Можно оставить только обручальное кольцо на руке</p> <p>Часы следует носить не на руке, а приколоть их, например, около нагрудного кармана.</p>

Рекомендации больному

Нательное белье	<p>Желательно из мягкого хлопчатобумажного материала. Чем меньше швов, тем лучше.</p> <p>Используйте короткие рубашки (конец рубашки не должен попадать на область крестца), распашонки, надеваемые через голову.</p> <p>Для тяжело больных, находящихся на постельном режиме, предусмотрены рубашки с разрезом на всю длину сзади. Можно разрезать у рубашки рукава и переднюю часть и сделать их на завязках или липучках.</p> <p>Надевать на тяжелобольных трусы не стоит, т. к. это существенно усложняет уход.</p>
Одежда и обувь	<p>Людам в инвалидном кресле для выезда на прогулку в холодную погоду можно шить «валенки» на обе ноги, утеплённый мешок на молнии на нижнюю часть тела и накидку с капюшоном.</p> <p>Позаботьтесь о комфорте больного в помещении. Если он какое-то время сидит в кресле или на кровати со спущенными ногами, укройте ноги пледом или сшейте большой, отороченный мехом тапок на обе ноги. В магазинах электрооборудования продаётся электрическая грелка в виде тапка (сапога), но её можно использовать только с разрешения врача.</p>
Смена нательного белья	<p>Нательное бельё удобно менять одновременно с постельным (1—2 раза в неделю). Заменяйте его также, когда необходимо (например, при загрязнении во время еды, после выполнения различных санитарно-гигиенических процедур).</p> <p>При смене рубашки у лежачего больного подведите руки под его крестец, захватите край рубашки и осторожно подтяните к голове. Поднимите обе руки больного, снимите скатанную у шеи рубашку через голову и освободите его руки. Надевание рубашки производится в обратном порядке (сначала рукава, затем через голову).</p> <p>Если у больного повреждена рука, сначала снимают рукав со здоровой руки, а затем с больной. Надевают, наоборот, начиная с больной.</p>
Пользование памперсами	<p>Лежачим больным во избежание образования опрелостей рекомендуется надевать специальные памперсы, которые впитывают влагу и поглощают запахи. Также памперсы используют, если у подопечного недержание мочи и кала (тогда памперсы надевают на ночь). В зависимости от характера недержания приобретают памперсы большего или меньшего объёма.</p> <p>Подбирают памперсы по размеру с учётом веса и объёма бёдер больного. Информацию можно получить в аптеке при приобретении изделия. Внимание! Не увлекайтесь применением памперсов: кожа под ними нагревается и хуже дышит.</p> <p>Памперсы следует менять не менее 5 раз в сутки и сразу после дефекации. При смене памперсов больному необходимо обрабатывать области гениталий и ягодиц.</p>

	<p><u>Порядок надевания памперса лежащему больному</u> Поверните больного набок спиной к себе. Разверните памперс и определите, какая его часть приходится на область ягодиц, какая — на область живота (там имеются застёжки-липучки). Подложите памперс под ягодицы от поясничной области, поверните человека сначала на спину, затем — на себя.</p> <p>Распрямите памперс и поверните подопечного снова на спину. Попросите его согнуть ноги в коленях и слегка их развести, уложите памперс в области промежности и живота, распрямив и расправив в области бёдер. Заправьте нижнюю часть памперса под верхнюю и закрепите застёжки-липучки слева и справа.</p> <p>Помните! Ходячим больным лучше надевать памперс в положении стоя.</p>
--	--

Личная гигиена больного и оказание ему помощи

Проведение гигиенических процедур с утра обеспечивает больному положительный эмоциональный заряд на весь день. Особенно нуждаются в чистоте и комфорте люди с ограниченной подвижностью и находящиеся на постельном режиме. Следите, чтобы подопечный регулярно мыл руки с мылом (утром, вечером, перед едой, после посещения туалета, по мере загрязнения в течение дня). Некоторые действия он может выполнять самостоятельно. Если же ему требуется та или иная помощь — умыться, почистить зубы, сходить в туалет (возможно, поставить клизму), то помогите подопечному. Ваши действия не должны унижать человека, напротив, дайте ему почувствовать, что он остаётся независимым.

Умывание

Ежедневный утренний туалет включает мытьё лица, шеи и рук. Если человек умывается в постели с вашей помощью, то попросите его придвинуться к тому краю кровати, у которого вы находитесь.

Если больной неподвижен, то каждый день утром и вечером протирайте ему лицо и шею сначала влажной салфеткой, а потом сухой. Также регулярно протирайте руки лежащему больному сначала мокрой мыльной салфеткой, потом просто влажной, а затем сухой. Перед проведением этой процедуры положите ему на грудь клеёнку.

Гигиена полости рта

Запах изо рта и нечищенные зубы вызывают ухудшение самочувствия человека, он испытывает неловкость, может потерять аппетит и пить меньше жидкости. Не удалённый с дёсен налёт (образуется, когда человек не чистит зубы или не ест) ведёт к их раздражению, образованию зубных камней, развитию инфекции и, в конечном итоге, грозит потерей зубов. Хороший уход за полостью рта важен для человека в любом возрасте, но особое значение он приобретает в старости.

Для ухода рекомендуется использовать зубные пасты, содержащие фтор. При этом следует учитывать качество питьевой воды: если солей фтора в ней, наоборот, излишек, фторсодержащие пасты не годятся. Зубные щётки по мере износа меняют (не реже 1 раза в полгода). Зубы положено чистить утром и вечером.

Профилактика пролежней

Когда человек слишком долго остаётся в однообразной, нередко вынужденной позе (обычно лёжа), давление собственного веса на определённые точки его тела увеличивается. Давление и трение о поверхность кровати одними и теми же местами приводят к нарушению кровообращения в коже и прилегающих мягких тканях. Если человек не в состоянии изменить позу или повторяет одни и те же движения, клетки кожи отмирают и появляются покрасневшие, бледные или потемневшие участки. На их месте могут быстро образоваться изъязвления — пролежни.

В каких случаях возможно появление пролежней	<p>Длительное соблюдение строгого постельного режима, однообразная, вынужденная поза (тяжелобольные, лежащие больные, люди с травмами, с заболеваниями или повреждениями спинного мозга).</p> <p>Недостаточный уход за кожей больного.</p> <p>Применение грубого, со складками постельного и нательного белья.</p> <p>Помните! Если подопечный лежит в больнице, старайтесь ежедневно навещать его и тщательно осматривать тело там, где могут появиться пролежни (медицинский персонал не всегда имеет возможность осуществлять уход).</p>
Места наиболее частого образования пролежней	<p>Пролежни образуются в местах с небольшим количеством подкожной жировой клетчатки. Если человек лежит на спине, это области:</p> <ul style="list-style-type: none">– бугров пяточных костей, крестца и копчика, лопаток;– задней поверхности локтевых суставов;– наружного затылочного выступа и над остистыми отростками грудных позвонков. <p>Если человек лежит на животе, это области:</p> <ul style="list-style-type: none">– надколенников;– передней поверхности голеней, особенно над передними краями большеберцовых костей;– верхних передних подвздошных костей.
Внешние признаки пролежней	<p>Бледность кожи с последующим покраснением, которое сменяется синюшностью без чётких границ.</p> <p>Участок кожи становится отёчным, холодным на ощупь, кожа начинает отслаиваться.</p> <p>В дальнейшем появляются пузыри и некроз (омертвление) кожи. Человек чувствует онемение, а затем несильную боль. В тяжёлых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но и надкостница.</p> <p>Внимание! Если пролежень инфицирован, то кожа вокруг него горячая, вздутая, появляются гной и неприятный запах. Срочно обращайтесь к врачу! Есть опасность заражения крови (сепсиса).</p>
Правила ухода (меры предосторожности)	<p><i>Смена положения больного</i></p> <p>Если больной лежит, то поворачивайте его на бок по нескольку раз в день, лучше через каждые 2 ч (если позволяет</p>

<i>рожности)</i>	<p>состояние больного).</p> <p>Если человек постоянно находится в кресле или инвалидной коляске, побуждайте его каждые 15 минут наклоняться вперёд; приподниматься, опираясь на ручки кресла; слегка наклоняться в сторону, приподнимая противоположную ягодицу.</p> <p>Тем, кто сидит в кресле-коляске, полезно также некоторое время проводить вне её:</p> <ul style="list-style-type: none"> — прогуливаться, если возможно; — лежать на полу, приподняв плечи и подложив в местах, где выступают кости, подушечки или подкладки из пенопласта. <p><i>Снижение давления на участки тела</i></p> <p>Под крестец можно положить надувной резиновый круг так, чтобы крестец находился над отверстием круга. На круг наденьте наволочку или заверните его в пелёнку. Круг можно сделать и самим: набейте капроновый чулок обрезками поролона, свяжите его концы, а потом заверните в пелёнку.</p> <p>Также в качестве прокладок используйте наполненные водой или воздухом резиновые подушки, поролоновые валики или сложенные мягкие одеяла.</p> <p>В специализированных магазинах предлагаются надувные прорезиненные матрасы; они бывают с гофрированной поверхностью и электрическим подогревом.</p> <p>Под локти и пятки больного положите марлевые салфетки, проложив внутрь вату либо небольшие резиновые кольца, обёрнутые чистой мягкой проглаженной тряпочкой.</p> <p><i>Гигиена</i></p> <p>Следите за тем, чтобы на нательном и постельном белье подопечного не было заплаток, складок, рубцов, пуговиц и т. п.</p> <p>Расправляйте простыни и вытряхивайте их, чтобы в постели не оставалось крошек.</p> <p>Ежедневно обтирайте всё тело больного, обмывайте водой с мылом загрязнённые части, а потом протирайте чистую кожу концом полотенца, смоченным дезинфицирующим раствором. После протирания хорошо вытрите кожу сухой частью полотенца (лучше махрового). Используйте следующие дезинфицирующие растворы:</p> <ul style="list-style-type: none"> камфорного спирта (перед применением нагреть); водки или одеколона (1 столовая ложка на 1 стакан тёплой воды); 3%-ного столового уксуса (1 столовая ложка на 1 стакан кипячёной воды). <p>Внимание! Нельзя протирать кожу спиртом без предварительного мытья, т. к. спирт дубит кожу, закрывая поры вместе с попавшими в них микробами.</p> <p>Полезно проводить энергичное растирание кожи (особенно при гиперемии), используя полотенце или марлевый тампон.</p>
------------------	--

Как менять положение лежащих больных

Как повернуть на бок человека, лежащего на спине	<p>Чтобы повернуть человека на правый бок, согните его левую ногу в колене, подсунув левую стопу в правую подколенную впадину.</p> <p>Встаньте справа от больного. Взяв его одной рукой за левое бедро, а другой — за левое плечо, поверните человека на бок, на себя (действие «рычага» на бедро облегчает переворачивание).</p> <p>Подложите подушку под голову и тело больного, чтобы уменьшить боковой изгиб шеи и напряжение шейных мышц. Придайте рукам подопечного слегка согнутое положение: левая рука лежит на уровне плеча и головы, правая — на подушке рядом с головой.</p> <p>Чтобы зафиксировать человека в положении на боку, подложите ему под спину сложенную подушку (краем под него).</p> <p>Чтобы в области коленного сустава и лодыжек не появились пролежни, поместите другую подушку (от паховой области до стопы) под слегка согнутую левую ногу больного.</p> <p>Обеспечьте упор под углом 90° для нижней (правой) стопы.</p>
Как уложить на живот человека, лежащего на боку	<p>Уберите подушку из-под его головы.</p> <p>Разогните руку больного в локте (с той стороны, на которой человек лежит), прижмите её к туловищу по всей длине, подложите его кисть под бедро.</p> <p>«Перевалите» человека через его руку на живот. После чего передвиньте его на середину кровати.</p> <p>Чтобы обеспечить правильное положение для шейных позвонков, поверните голову подопечного на бок и подложите под неё низкую подушку.</p> <p>Чтобы уменьшить напряжение в пояснице (у женщин давление на грудь), подложите небольшую подушку под живот, чуть ниже уровня диафрагмы.</p> <p>Согнув в локтях руки больного, поднимите их так, чтобы кисти располагались рядом с головой.</p> <p>Чтобы стопы не выворачивались наружу, подложите под голени и голеностопные суставы подушку.</p>
Как человеку, лежащему на животе, придать положение Симса	<p>Это промежуточное (между лёжа на боку и лёжа на животе) положение предотвращает появление пролежней в области коленных суставов.</p> <p>Уберите подушку из-под живота больного.</p> <p>Согните в колене одну ногу и подложите под неё подушку (так предотвращается поворот бедра внутрь).</p>

Как лечить пролежни

При появлении на коже участка покраснения, похожего на начинающийся пролежень, необходимо вызвать врача и действовать согласно его рекомендациям.

Чтобы повысить иммунитет, давайте подопечному больше фруктовых и овощных соков (по рекомендации врача). Полезны напитки из яблок, шиповника и брусники с добавлением 1 чайной ложки донникового мёда. В рационе больного должно быть больше продуктов, богатых белками.

Изъязвлённую кожу 3 раза в день смазывайте 1%-ным раствором перманганата калия (марганцовки) либо накладывайте смоченную этим раствором салфетку.

Чтобы избежать инфицирования, промывайте раны чистой кипячёной водой. Удаляйте из ран омертвевшую ткань (серого, зеленоватого или чёрного цвета).

При появлении пузырей смажьте их 1%-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени (или 1%-ным раствором перманганата калия) и наложите сухую повязку.

Медикаментозные средства обязательно подбирайте вместе с лечащим врачом. Используют: мазь «Ируксол», мазь Вишневского, синтомициновую эмульсию, аэрозоль «Левовинизоль», пантеноловую мазь, солкосерил — в инъекциях и наружно в виде мази. К мазям переходят по мере очищения ран от гноя. Мазевые повязки меняют 1 раз в сутки.

Питание больного

Питание — главный путь поступления в организм необходимых для жизнедеятельности веществ. В условиях болезни потребности человека, а также возможности переработки и усвоения пищи меняются. На этом основаны общие правила питания во время болезни. Крайне важно, чтобы приём пищи не вызывал у больного неприятных ощущений или затруднений (плохое состояние зубных протезов у пожилых людей, налёт на языке, из-за которого не ощущается вкус пищи, горечь во рту и т. д.). Следите за гигиеной полости рта больного. Если аппетит у подопечного нарушен по другим причинам, постарайтесь выяснить их. Внезапный отказ от пищи может быть признаком обострения болезни, сообщите о нём врачу.

Рацион питания

Пища для больного должна содержать достаточное количество витаминов. Количество легкоусвояемых белков, жиров и углеводов в рационе больного нужно сбалансировать в соответствии с рекомендациями врача. На время болезни (за исключением хронических и острых заболеваний, требующих лечебной диеты со своими ограничениями) рекомендуется исключать из рациона подопечного жирные, острые блюда и приправы (перец, горчица, утка, гусь, баранина, свинина, говяжье, баранье, свиное сало). Не рекомендуются консервы.

Особо внимательно следует отнестись к качеству продуктов. Например, у людей с хроническими нарушениями пищеварительной системы ранние арбузы могут вызвать серьёзное обострение, отравление или тяжёлую аллергическую реакцию, поэтому следует покупать арбузы только в августе — сентябре (в период их естественного созревания).

Каковы бы ни были ограничения, постарайтесь сделать питание больного вкусным и разнообразным, не предлагайте ему одни и те же блюда изо дня в день. Чтобы улучшить вкус пищи, добавляйте различные разрешённые соусы: сметанные, молочные, овощные и фруктово-ягодные.

Потребление жидкости

Рекомендуется обильное питьё (не менее 1,5 л в день) — морс, чай с мёдом, сок, вода. Жидкость поступает также в составе пищи (суп, фрукты, овощи, мороженое). Важно пить в достаточном количестве потому, что с жидкостью из организма больного выводятся вредные вещества, в т. ч. те, что накопились из-за применения лекарственных препаратов. Молоко усваивается в желудке долго и тяжело, поэтому если давать его больному, то небольшими глотками, тёплым или комнатной температуры и отдельно от других продуктов.

Внимание! При насморке, простуде, бронхите, астме не рекомендуется давать больному молоко, особенно кипячёное — оно способствует образованию слизи в горле, носовой полости, лёгких.

При высокой температуре и усиленной потливости, а также при рвоте и диарее, когда теряется много жидкости, объём потребления увеличивается — более 2 л. В противном случае может возникнуть обезвоживание организма.

Если больной имеет избыточный вес и страдает отёками, потребление жидкости и соли надо ограничить. Общее правило таково: в день следует пить столько жидкости, сколько выделяется мочи.

Отправление естественных потребностей

Мочеиспускание (выделение мочи) и дефекация (выделение кала) — одна из наиболее интимных сфер жизни человека. Нарушения в этой области болезненно переживаются любым человеком и способствуют развитию депрессии. Некорректная посторонняя помощь при совершении выделительных актов может тяжело ранить психику больного и в итоге привести к ухудшению самочувствия. Чтобы лишний раз не акцентировать внимание подопечного на данной теме, необходимо выявить режим его выделений: заметить, как часто у него бывает стул, сколько времени проходит между опорожнениями мочевого пузыря. Если вы вовремя (согласно индивидуальному режиму) предлагаете подопечному помощь, он чувствует себя более независимым. Чтобы обеспечить ему при этом комфорт, ваша помощь должна быть оперативной.

Недержание

Недержание мочи и кала не всегда обусловлено процессом старения (расслаблением сфинктера (мышц) мочевого пузыря или кишечника). Причинами недержания мочи могут быть инфекционные заболевания мочевыводящих путей, психические травмы, врождённые дефекты позвоночника и спинного мозга. Недержание кала бывает вызвано тяжёлыми мозговыми нарушениями, воспалением или опухолью кишечника, каким-либо заболеванием (инсульт, нарушение мозгового кровообращения, инфекционные болезни). От ухаживающего и всех членов семьи человека, страдающего недержанием, требуется очень внимательное отношение к нему:

выясните режим (частоту) мочеиспускания (дефекации) больного и предлагайте ему помощь (водите в туалет, давайте судно) в нужное время. При недержании мочи интервал посещения туалета не должен превышать 2 ч;

предоставляйте человеку достаточно времени для опорожнения мочевого пузыря (кишечника);

сколько бы хлопот ни доставлял вам уход за больным, никогда не показывайте человеку негативных эмоций.

Уход при недержании мочи

Контроль за потреблением жидкости	<p>Следите, чтобы подопечный выпивал в день не менее 1,5—2 л. Жидкость разбавляет мочу, и она меньше раздражает слизистые оболочки мочевого пузыря и кожу, что снижает риск непроизвольного выделения мочи.</p> <p>Для предупреждения инфицирования моче-выводящих путей и особенно при появлении первых признаков цистита необходимо обеспечить больному частое тёплое питьё.</p>
Пользование мочеприёмником («уткой»)	<p>Для мочеиспускания производят мужские и женские мочеприёмники. Женщины чаще пользуются не ими, а судном. Мужские мочеприёмники отличаются разнообразием. Они бывают дневного (объём 0,5 л) и ночного (объём 1,5 л) использования либо представляют собой систему из наконечника, похожего на презерватив, отводящих трубок и резервуара.</p> <p>У ходячих больных специальный мочеприёмник крепится к бедру.</p> <p>У лежачих больных мочеприёмник крепят к раме кровати либо поступают так: под крестец мужчины подкладывают надувное резиновое судно, а между ног кладут мочеприёмник («утку»), в котором постоянно находится половой член больного.</p> <p>Внимание! Не забывайте следить за накоплением мочи в мочеприёмнике.</p> <p>Многим мужчинам трудно пользоваться «уткой» в лежачем положении. Поэтому в зависимости от состояния больного для мочеиспускания можно выбрать следующее положение: сидя в кровати; сидя на кровати и свесив ноги; стоя возле кровати.</p> <p>Мочеприёмник необходимо часто мыть и дезинфицировать растворами перманганата калия или хлорной извести.</p>
Применение впитывающих средств	<p>В настоящее время при недержании применяют одноразовые впитывающие материалы: памперсы, специальные вкладыши, эластичные фиксирующие штанишки и гигиенические прокладки. При использовании этих средств необходимо регулярно их менять, тщательно соблюдать гигиену кожи и устраивать воздушные ванны.</p> <p>Если у больного моча выделяется постоянно по каплям, то подойдёт памперс небольшого объёма. Если непроизвольное мочеиспускание происходит эпизодически, лучше брать памперс наибольшего объёма. Желательно, чтобы внутренний слой памперса был пропитан веществом, переводящим мочу из жидкого состояния в гелеобразное.</p>
Советы народной медицины	<p>Полезно есть лесную землянику и чернику.</p> <p>1 столовую ложку травы зверобоя залить 1 стаканом кипятка, накрыть и настоять в теплом месте 6—8 ч; процедить. Давать больному стакан настоя за 2 ч до сна.</p> <p>2 столовые ложки сушёных измельчённых листьев подорожника поместить в эмалированную посуду, залить 2 стаканами крутого кипятка и нагревать на водяной бане 30 мин, часто помешивая. Затем охладить и процедить. Давать больному по 1 столовой ложке 3 раза в день.</p>

Уход при недержании кала

Если у больного без позыва на стул происходит постоянное подтекание каловых масс (иногда вследствие каловой непроходимости), ему надевают памперсы, которые меняют по мере загрязнения.

Если у человека возникает позыв, но он не может после этого сдержать дефекацию, при таком недержании важно обустроить быт так, чтобы больной быстро попадал в туалет или мог немедленно воспользоваться судном.

Рекомендуется следить за рационом больного: часто давать ему питьё (увеличение объёма потребляемой жидкости препятствует образованию каловой непроходимости), кормить пищей с высоким содержанием белка и растительных волокон (мясные и молочные продукты, овощи).

Помощь при запоре

Режим дефекации у каждого человека индивидуален: одни люди опорожняют кишечник ежедневно, другие — через 2—3 дня. Перемена обстановки, нарушение режима питания, недостаточная подвижность (особенно у лежачих больных)/приём лекарств, снижающих перистальтику кишечника, нередко ведут к нарушению в работе кишечника (запор, каловая непроходимость). Запор — это систематическая задержка стула более чем на 2 дня. Он сопровождается застоем каловых масс в кишечнике и вызывает отравление организма. Человек испытывает боли и тяжесть в животе, дискомфорт, становится раздражительным. У некоторых больных запор возникает в качестве реакции на заболевание органов, соседних с кишечником (атонический запор рефлекторного происхождения).

Чтобы правильно определить причины запора, лучше посоветоваться с врачом и лишь после этого прибегать к общим рекомендациям.

Причина запора	Рекомендации
Малое потребление жидкости, приём концентрированной легкоусвояемой пищи	<p>Чаще давайте больному воду, фруктовые соки и другое питьё (не менее 1,5-2 л в день).</p> <p>Ограничьте потребление сахара, сдобного теста, шоколада, яиц, орехов.</p> <p>Увеличьте потребление пищи с высоким содержанием клетчатки (свёкла, капуста, другие овощи в сыром виде, отруби, размоченный в воде чернослив, ржаной хлеб). Полезны кефир, простокваша, йогурты; фрукты (особенно сливы). Внимание! Выясните, достаточно ли пищи потребляет больной (запор может быть вызван скудным питанием).</p>
Малоподвижный образ жизни	<p>Насколько позволяет состояние больного, побуждайте его больше двигаться и гулять, делать гимнастику (в частности, упражнения на укрепление мышц передней брюшной стенки). Например, втягивать живот в себя с задержкой на несколько секунд. Если больной лежит, он может сгибать ноги в коленях и максимально подтягивать их к животу. Затем — после небольшой задержки — медленно распрямлять ноги.</p> <p>Научите подопечного самостоятельно делать массаж передней стенки живота (круговыми движениями по часовой стрелке).</p> <p>Постарайтесь развить у больного привычку к дефекации в определённое время дня.</p> <p>Если стул не налаживается, периодически ставьте</p>

	<p>больному очистительные клизмы.</p> <p>Помните! Злоупотребление клизмами может снизить чувствительность прямой кишки, что спровоцирует запор.</p>
<i>Ослабление кишечной мускулатуры в связи с процессом старения (атонический запор)</i>	<p>Рекомендуются клизмы и слабительные препараты. Если запор не поддаётся их действию, следует удалить затвердевший кал вручную (в противном случае он может окаменеть и вызвать образование пролежня в кишечной стенке).</p> <p>Для удаления кала вручную положите больного на судно, наденьте резиновые перчатки и смажьте их вазелином. Затем введите два пальца в прямую кишку больного и извлекайте затвердевшие каловые скопления по частям. После этого промойте кишечник с помощью клизмы.</p>
<i>Спазмы кишечника</i>	<p>Применяйте строго по назначению врача препараты, успокаивающие нервную систему, и препараты, содержащие атропин.</p>
<i>Боль из-за трещин прямой кишки или геморроя</i>	<p>Чтобы снизить болезненность акта дефекации, вводите подопечному свечи с глицерином или с облепиховым маслом, а также свечи обезболивающего действия.</p>
<i>Частое подавление нормального рефлекса на дефекацию</i>	<p>Постарайтесь помочь подопечному «наладить» рефлекс.</p> <p>Обеспечьте комфортные условия в туалете (или помещении, где больной пользуется судном): необходимо, чтобы человеку было тепло, просторно, его ничто не смущало, он никуда не торопился и был уверен, что его никто не слышит и не видит.</p> <p>Стимулируйте стул слабительными средствами: ревеня, кора крушины, жостер; 1 столовая ложка 25%-ного раствора сульфата магния ежедневно натощак.</p>

Помощь при диарее

Больной, который не может обслужить себя самостоятельно, испытывает при диарее, или поносе (из-за частых позывов к дефекации, неприятного запаха от испражнений и боли), смущение и чувство угнетённости. В этом положении он особенно нуждается в чутком и внимательном отношении окружающих. Будьте поблизости от больного, оперативно оказывайте помощь! Поскольку диарея изматывает человека, создайте ему условия для отдыха, ограничьте его физическую активность, пока диарея не прекратится. Если подопечный курит, ему придётся временно воздержаться от этого.

Внимание! При обнаружении в испражнениях крови и слизи необходимо вызывать врача.

<i>Гигиена и уход</i>	<p>Старайтесь оградить больного от неприятного запаха: сразу же закрывайте судно с испражнениями и выносите его в туалет, чаще проветривайте помещение.</p> <p>Тщательно подмывайте больного тёплой водой после дефекации, т. к. жидкие каловые массы раздражают кожу. Подмыв, просушите кожу вокруг ануса салфеткой и смажьте тонким слоем водоотталкивающего крема.</p> <p>Обязательно меняйте испачканное бельё.</p>
------------------------------	---

Восполнение жидкости	При диарее организм человека теряет жидкость, длительная диарея может привести к обезвоживанию (особенно у пожилых людей). Поэтому как можно чаще давайте больному пить небольшими порциями тёплую воду или некрепкий чай.
Диета	<p>Пока диарея не прекратится, положен голод.</p> <p>После прекращения диареи разрешены отварной картофель и рис, печёные яблоки, сухари, овощные пюре, мёд, варенье, мясо птицы. После нормализации стула на третий день можно давать больному чай с молоком, бутерброды с маслом, нежирное мясо и рыбу.</p> <p>Запрещены: кофе, крепкий чай, алкоголь, сырые овощи и фрукты, жирная и острая пища, жареные блюда.</p>
Дополнительные меры при инфекционных кишечных заболеваниях (дизентерия, брюшной тиф)	<p>Больных с такими заболеваниями помещают в инфекционную больницу. Пока человек не госпитализирован и находится дома, соблюдайте указанные ниже правила.</p> <p>Выделите больному индивидуальную посуду. Мойте её горячей водой с мылом и содой или препаратами для мытья посуды, содержащими антисептические компоненты. 1 раз в сутки кипятите посуду в течение 15 мин.</p> <p>Судно после использования обеззараживайте, затем ополаскивайте водой, закрывайте крышкой и храните в полиэтиленовом пакете. Для обеззараживания можно использовать 0,5%-ный раствор хлорной извести (2 столовые ложки хлорной извести на 1 л воды), гель «Доместос», АСС, раствор «Белизна» и др.</p> <p>Кал и мочу больного засыпайте в туалете на 1 ч сухой хлорной известью и только после этого спускайте в канализацию. Также поступайте с остатками пищи больного.</p> <p>Внимание! Неукоснительно соблюдайте режим личной гигиены.</p> <p>Грязное бельё больного, перед тем как поместить в стиральную машину или бак для кипячения, держите 20—30 мин в дезинфицирующем растворе.</p>

Оценка состояния больного

Человеческий организм — целостная система, состояние которой характеризуется рядом показателей. Одни из них определяются в результате лабораторного исследования, другие очевидны (например, горячий лоб при повышении температуры, учащённое дыхание, избыточная потливость, неестественный цвет мочи и др.).

Контроль за основными жизненно важными параметрами помогает объективно оценить состояние больного. Чтобы успешно лечить человека, необходимо следить за развитием его болезни, т. е. ежедневно наблюдать за изменениями в состоянии подопечного. Это касается как прямых показателей (температура тела, артериальное давление, пульс), так и косвенных (поведение человека, поза, цвет лица, аппетит и др.). В случае длительного течения болезни лучше вести дневник наблюдения.

Реакция больного на измерения, связанные с этим наблюдением, может быть разной:

волнение из-за опасения плохих результатов;
испуг, что вы скрываете от человека ухудшение состояния;
сопротивление из-за крайней усталости, слабости, вызванной недомоганием, или неадекватного восприятия действий окружающих.

Ухаживающий должен быть готов терпеливо выслушать возражения больного и постараться мягко убедить его в необходимости проводимых измерений.

Помните! Показатели давления, пульса, дыхания наиболее точны, если при их измерении человек спокоен, не возбуждён (иногда рекомендуется снимать показания незаметно для больного). К искажению результатов приводят также физическая нагрузка, утомление, приём пищи.

Температура тела

Чтобы в человеческом организме непрерывно протекал процесс обмена веществ, необходима постоянная температура тела. Её постоянство (суточное значение колеблется лишь в пределах от 0,3 до 1 °С) поддерживается за счёт процессов естественной терморегуляции (выработки тепла организмом и выделения его в окружающую среду, или теплоотдачи). Если происходит резкое колебание температуры, это своеобразный сигнал тревоги, а повышение температуры свидетельствует о начале заболевания.

Нормальный показатель	<p>У здорового человека температура тела колеблется, реагируя на многие факторы (температура и влажность воздуха, эмоциональная нагрузка, время суток), поэтому принято говорить о диапазоне нормальных значений: 36-37 °С.</p> <p>Внимание! Температура тела — сугубо индивидуальный показатель. Ухаживая за больным, важно знать обычный диапазон колебаний его температуры, чтобы вовремя сообщить врачу, если она станет выше или ниже обычных для больного значений. Измерять температуру нужно всегда одним и тем же способом и в одно и то же время, если не возникают другие обстоятельства. Помните!</p> <p>У детей температура выше, у пожилых людей ниже. Утром температура ниже, к вечеру — выше. В прямой кишке и во влагалище температура на 1° С выше, чем температура в подмышечной и паховой областях. При увеличении эмоциональных нагрузок температура несколько повышается.</p>
Отклонения от нормы и их причины	<p>Повышение температуры в медицине принято называть лихорадкой. Её вызывают: инфекционные и вирусные заболевания, воспалительные процессы, некроз тканей в результате нарушения кровообращения (в том числе при инфаркте миокарда), злокачественные опухоли, эндокринные заболевания, аллергические реакции, нарушения функций центральной нервной системы.</p> <p>Помните! У пожилых людей воспалительный процесс может протекать атипично, с незначительным повышением температуры, у детей — с её очень резким скачком.</p> <p>Внимание! Для здоровья людей с хроническими заболеваниями температура, превышающая 38° С, представляет</p>

	<p>серьёзную опасность, а превышающая 41° С — угрозу для жизни.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Реже встречается понижение температуры, например, вследствие упадка сил, переохлаждения, вегетососудистого криза. Утренняя температура 35,6—35,9° С может наблюдаться при снижении функции щитовидной железы, надпочечников, при некоторых заболеваниях головного мозга, истощении в результате голодания, а также после значительной потери крови. Понижение температуры наблюдается при холере. <p>Слегка повышенная температура 37,1— 37,4° С называется субфебрильной. Она может держаться продолжительное время и сопровождаться слабостью, общим недомоганием. Для выяснения причины следует обязательно обратиться к терапевту.</p> <p>Циклические скачки температуры характерны для ряда заболеваний, например, наблюдаются при малярии.</p>
<p>Правила измерения температуры</p>	<p>Температуру измеряют дважды в день: в 7—9 ч утра и в 16—18 ч вечера. Больной должен лежать или сидеть.</p> <p>В некоторых случаях, по специальному указанию врача, температуру измеряют каждые 2—3 ч и записывают показания в температурный лист.</p>
<p>Приборы для измерения температуры</p>	<p>Стеклянный медицинский термометр Цельсия со шкалой от 34 до 42° С. На конце стеклянной трубки имеется резервуар, заполненный ртутью или спиртом. Применяется чаще всего.</p> <p>Внимание! Если термометр разбился и ртуть разлилась, очень тщательно соберите её ваткой и протрите фланелевой тряпкой всю поверхность, на которой она разлилась. Отравление парами ртути очень опасно!</p> <p>Электронный цифровой термометр, работающий от батарейки. Применяют для определения местной температуры кожи и слизистых оболочек у тяжёлых и ослабленных больных, а также у детей.</p> <p>Температурный индикатор многоцветного действия — полоса из пластика, со вставками, пропитанными термочувствительными веществами, которые меняют цвет в зависимости от величины температуры. Каждая вставка снабжена указателем температуры. Применяют, чтобы проследить изменение температуры у тяжелобольных в течение длительного времени.</p>
<p>Способы измерения температуры стеклянным термометром</p>	<p><u>Измерение в подмышечной впадине</u></p> <p>Вымойте термометр тёплой водой с мылом и насухо вытрите. Встряхните термометр (резервуаром с ртутью вниз) так, чтобы показание на шкале стало ниже 35° С. При этом соблюдайте осторожность: не уроните термометр и не ударьте его обо что-нибудь.</p> <p>Насухо вытрите кожу в подмышечной впадине больного чистой марлевой салфеткой или любой мягкой тканью.</p> <p>Поставьте ему термометр так, чтобы резервуар с ртутью со всех сторон соприкасался с телом в глубине подмышечной</p>

	<p>впадины; попросите человека прижать руку к телу. Следите, чтобы между термометром и телом больного не попало бельё. Если человек ослаблен, то придерживайте его руку в требуемом положении.</p> <p>Держите термометр не менее 10 мин.</p> <p>После использования и снятия показаний температуры вымойте термометр тёплой водой с мылом (но не горячей!), вытрите, стряхните ртуть до уровня 35° С и уберите в футляр.</p> <p><u>Измерение в прямой кишке</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуется тяжелобольным и истощённым людям. <p>Противопоказано при диарее и запорах. При геморроидальных трещинах и узлах соблюдайте осторожность!</p> <p>Смажьте термометр вазелином или любым другим жиром. Уложите больного на левый бок.</p> <p>Вставьте термометр на половину длины в задний проход. Одной рукой придерживайте в сомкнутом состоянии ягодицы больного, другой обязательно фиксируйте в нужном положении термометр.</p> <p>Держите термометр 3 мин.</p> <p>Помните! Показания будут выше на 0,5—1 °С.</p> <p>После применения вымойте термометр тёплой водой и продезинфицируйте его в спирте.</p>
<p><i>Как пользоваться другими термометрами</i></p>	<p><u>Электронный цифровой термометр</u></p> <p>Вставьте в подмышечную впадину или приложите к любому участку тела. Включите прибор нажатием кнопки. Время измерения — 3 с. На экране, расположенном на корпусе термометра, появится цифровое значение температуры. После использования протрите термометр ваткой, смоченной в спирте.</p> <p><u>Температурный индикатор многоцветного действия</u></p> <p>Это пластиковая полоса со вставками, снабжёнными указателями температуры. Расположите индикатор на лбу больного на целый день. Вставки пропитаны термочувствительными веществами, в зависимости от величины температуры их цвет будет, меняться. С помощью прибора удобно следить за тенденцией изменения температуры у тяжелобольных.</p>

Уход при повышении температуры

Повышение температуры тела происходит в несколько этапов. Каждый из них требует от ухаживающего за больным соответствующей реакции.

Состояние больного	Поведение ухаживающего
<p>Температура постепенно растёт, больного знобит, он жалуется на головную боль, недомогание.</p>	<p>Хорошо укройте больного, положите к ногам тёплую грелку, дайте горячее питьё, следите за состоянием подопечного.</p>
<p>Высокая температура держится постоянно: усиливаются общая слабость,</p>	<p>Не оставляйте больного одного. Не давайте ему раскрываться. Положите на лоб холодный</p>

<p>головная боль (тяжесть в голове); отмечается ломота в суставах; болезненность кожного покрова, сухость во рту, жар; возможен бред.</p>	<p>компресс (1 чайная ложка уксусной кислоты на 1 стакан воды) и регулярно смачивайте его. Давайте обильное подкисленное питьё (морс, минеральную воду без газа, отвар шиповника без сахара). Не настаивайте на еде (особенно на мясе, молоке). Кормите малыми порциями жидкой калорийной пищей. Следите за артериальным давлением и пульсом. При температуре выше 38° С раскройте больного, обдувайте его. Кожу обтирайте слабоспиртовым или слабоуксусным раствором. При повышенной потливости смените бельё.</p>
<p>Температура медленно падает в течение нескольких дней (лизис); отмечаются слабость, небольшая испарина.</p>	<p>Следите за артериальным давлением и пульсом подопечного.</p>
<p>Температура резко падает с очень высокой до низкой в течение нескольких часов (кризис): — учащается дыхание и пульс (вплоть до нитевидного); — артериальное давление резко снижается; — наблюдаются сильная слабость, озноб, потоотделение, бледность.</p>	<p>Обложите больного грелками. Дайте горячий сладкий чай. Уберите подушку из-под головы и положите её под ноги. Вызовите «скорую помощь», поскольку может возникнуть острая сердечная недостаточность и потребуются ввести необходимые лекарственные препараты.</p>

Артериальное давление

В организме человека (его органах и тканях) постоянно поддерживается кровоток. Он обеспечивается за счёт эластичности стенок артерий и регулярности работы сердца. Давление, которое кровь в процессе продвижения оказывает на стенки артерий, называется артериальным давлением (АД). Каждый раз, когда сердце сокращается (систола) и выбрасывает в организм кровь, АД достигает максимального уровня (систолическое давление). В период расслабления сердца (диастолы) давление крови минимально (диастолическое давление). В быту систолическое давление называют верхним, а диастолическое — нижним.

Отклонение АД от нормы — симптом неблагополучия в организме, оно сопровождается головной болью, головокружением, слабостью, заложенностью или «звоном» в ушах, тошнотой и даже рвотой.

<p>Нормальный показатель</p>	<p>Оптимальный уровень АД — 120/80 мм рт. ст. Однако, по статистике, диапазон АД здоровых людей: 110/70-139/89. Внимание! Давление, при котором человек чувствует себя комфортно, называют привычным, или «рабочим». Его величина может не совпадать с общепринятой нормой. Помните! АД меняется в течение дня, и утром оно ниже; АД с возрастом становится выше.</p>
-------------------------------------	---

<p><i>АД выше нормы, причины</i></p>	<p>Гипертензия — состояние, при котором показатель АД подопечного выше его «рабочего» уровня. Это может говорить о том, что у больного имеется одно из заболеваний почек, надпочечников, щитовидной железы, гипопфиза, сосудов. Если больной — метеозависимый человек, причина гипертензии — погодные перепады атмосферного давления. Чтобы определить причину точнее, необходима консультация врача.</p> <p>Гипертония — болезнь, при которой АД стойко повышено (при диагностике 3 произвольно взятых за несколько месяцев измерения были выше 140/90). Опасность болезни в том, что со временем человек привыкает к своему состоянию и не ощущает, что его «рабочее» давление стало значительно выше. В последнее время термины «гипертензия» и «гипертония» используют как синонимы. Гипертония может иметь наследственное происхождение. Развитию болезни способствуют неправильное питание (чрезмерное употребление соли), атеросклероз, избыточная масса тела, постоянные психоэмоциональные нагрузки, злоупотребление спиртным и табаком.</p> <p>Гипертонический криз — внезапный резкий подъём АД, как правило, у больных гипертонией (помните, что понятие «очень высокое» давление относительно!). Помимо обычных симптомов сопровождается перебоями в работе сердца, покраснением лица, отёком век, заканчивается обильным мочеиспусканием. Может быть вызван стрессом, нарушением диеты, резкой сменой погоды.</p> <p>Внимание! Высокое АД чревато инсультом или инфарктом миокарда. При подозрении на гипертонический криз срочно вызывайте больному «скорую» и принимайте меры первой помощи.</p>
<p><i>АД ниже нормы, причины</i></p>	<p>Гипотония (АД ниже 100/60 у молодых людей и ниже 105/65 у людей пожилого возраста). Состояние вызвано нарушением сосудистого тонуса, например, из-за перемены погоды или наличия вегетососудистой дистонии.</p> <p>Низкий показатель АД может быть при некоторых инфекционных заболеваниях, болезни Аддисона, снижении функции щитовидной железы (гипотиреозе), анемии, язвенной болезни, гепатитах и циррозах печени.</p> <p>К снижению давления может привести приём некоторых лекарств.</p> <p>Падение АД наблюдается при тяжёлых, экстремальных состояниях (отравления, внутренние кровотечения).</p> <p>Помните! Резкое падение АД может привести к обмороку. Так, признак коллапса (состояние, похожее на обморок) — верхнее давление ниже 80 мм рт. ст. (у гипертоников этот показатель может быть выше).</p>
<p><i>Правила измерения артериального давления</i></p>	<p>Давление измеряют в определённое время, в первой половине дня. Врач может установить особый график измерения.</p> <p>За 30 мин до измерения нужно исключить приём пищи (особенно, содержащей кофеин и алкоголь), курение,</p>

	<p>физическое напряжение и воздействие холода.</p> <p>Подопечному стоит занять удобную позу, успокоиться. Во время измерения нельзя разговаривать и отвлекаться.</p> <p>Если подопечный сидит, лучше опереться на спинку стула (резкое движение во время измерения может исказить показание АД). Рука лежит на столе (должна находиться на уровне сердца).</p> <p>Если подопечный лежит, рука должна располагаться вдоль тела и быть слегка поднятой до уровня, соответствующего середине груди (под плечо или локоть можно подложить небольшую подушечку).</p> <p>Внимание! Если подопечный жалуется на ухудшение самочувствия при изменении положения тела, следует дополнительно измерить ему АД через 1 и 5 минут после того, как он встал с постели.</p> <p>Если показания давления кажутся неточными, повторные измерения производят с интервалом 5-10 мин не более 3 раз. При этом рекомендуется снимать манжету с руки, что позволяет кровеносным сосудам восстановить эластичность.</p>
--	---

Кашель

Следует понаблюдать, как кашляет больной: непрерывно, периодически или приступами, отхаркивает ли он мокроту, что провоцирует кашель (например, кашель возникает во время еды или при определенном положении тела).

Характер кашля	Возможные причины
Короткий осторожный кашель.	Плеврит.
Лающий кашель.	Острый бронхит; поражение гортани (коклюш, начинающийся ложный круп).
Сиплый беззвучный кашель.	Воспаление и изъязвление голосовых связок.
Влажный кашель (с мокротой). Появляется по мере накопления мокроты и стихает после её выделения.	Воспаление лёгких; туберкулёз; хронический бронхит; абсцесс лёгкого.
Кашель с обильной мокротой при определённом положении тела.	Наличие полости в лёгком, бронхоэктатическая болезнь.
Сухой кашель.	Простудные заболевания; воспаление плевры; сдавливание бронха опухолью или инородным телом.

Мочепускание

С мочой из организма человека выводятся конечные продукты обмена веществ, некоторые лекарства. Здоровый человек мочится свободно, безболезненно, без усилий. Расстройства мочеиспускания пагубно влияют на общее состояние организма и вызывают психологический дискомфорт. Поэтому важно контролировать эту сферу жизни подопечного, наблюдая за тем, как часто он мочится, не испытывает ли при этом боли или затруднений, способен ли контролировать себя.

<p>Нормальные показатели</p>	<p>Общее количество мочи за сутки (диурез) составляет у взрослых от 1 до 1,8 л. На этот показатель влияет количество выпитой жидкости (учитывая продукты, содержащие воду) и интенсивность потоотделения.</p> <p>Частота мочеиспусканий 4—7 раз, причём на дневное время приходится 70% выделений.</p> <p>Цвет мочи от золотисто-жёлтого до янтарного (в зависимости от состава пищи), она прозрачна, имеет лёгкий запах.</p> <p>Утром моча более тёмная, в течение дня становится светлее, т. к. обычно человек днём пьёт больше, чем ночью.</p>
<p>Нарушения диуреза и их причины</p>	<p>Количество выделяемой мочи увеличивается (полиурия) при:</p> <ul style="list-style-type: none"> — повышении температуры тела; — приёме мочегонных препаратов; — диабете (до 8—9 л в сутки); — сосудистых поражениях почек. <p>Количество мочи уменьшается (олигурия) при:</p> <ul style="list-style-type: none"> — диарее; — отёках любого происхождения; — сердечной недостаточности; — острым поражении почек (в конечной стадии хронической почечной недостаточности). <p>Полное прекращение выделения мочи (анурия) бывает при закрытии просвета мочеточника камнем или опухолью, при спазмах в случае прохождения камней по мочеточникам, при острых и хронических заболеваниях почек.</p>
<p>Нарушение частоты мочеиспусканий, причины</p>	<p>Частое мочеиспускание бывает при:</p> <ul style="list-style-type: none"> — воспалении мочевого пузыря (цистите); — пиелонефрите; — почечной колике; — повышении АД; — аденоме предстательной железы. <p>Снижение частоты мочеиспусканий может быть вызвано:</p> <ul style="list-style-type: none"> — большой потерей крови при травме; — интоксикацией организма; — воспалением почек (гломерулонефрит).
<p>Нарушение ритма мочеиспусканий, причины</p>	<p>Частые позывы ночью (никтурия) наблюдаются при сердечной и почечной недостаточности.</p> <p>Обильным мочеиспусканием заканчивается гипертонический криз.</p> <p>Непроизвольное выделение мочи происходит при недержании (подробнее см. с. 157); при судорожных припадках, эпилепсии.</p> <p>Острая задержка мочи бывает при повреждении позвоночника, после операции, при заболеваниях предстательной железы, вследствие стресса, переохлаждения, длительной сидячей позы.</p> <p>Внимание! Задержка мочи — угроза для жизни, если не</p>

	помогают меры первой помощи, нужно вызвать «скорую».
Неестественный цвет мочи, причины	<p>Красный цвет может быть при:</p> <ul style="list-style-type: none"> — употреблении в пищу свёклы, моркови (цвет розовый); — применении амидопирин и других анальгетиков; — заболеваниях почек и мочевыводящих путей <p>Ярко-жёлтый цвет вызван приёмом тетрациклина, акрихина, рибофлавина.</p> <p>Тёмно-жёлтый цвет с зеленоватым оттенком наблюдается при поражениях печени.</p> <p>Мутная моча с примесью гноя бывает при цистите, пиелите, мочекаменной болезни.</p>

Стул

Режим дефекации (выделения кала) у каждого человека индивидуален: у кого-то опорожнение кишечника происходит каждый день, у кого-то раз в 2-3 дня. Важно, чтобы стул был регулярным, нормальным, безболезненным. О нарушении стула могут свидетельствовать сбой в режиме (запор или диарея) и ненормальная консистенция кала (кашицеобразный, жидкий, плотный). Встревожить должен и необычный цвет кала, например, чёрный. Однако стоит знать, что чёрная окраска не обязательно связана с наличием крови в кале, она может быть вызвана приёмом лекарств, содержащих соли железа, висмута, йода, или чрезмерным употреблением в пищу чёрной смородины, черники, вишни.

Свойства кала	Возможные причины
Имеет вид лент или плотных шариков (овечий кал).	Сужения или спазмы толстого кишечника.
Глинистый или замазкообразный серый кал.	Закупорка желчного протока.
Зеленовато-бурый кал.	Сальмонеллёз.
Обесцвеченный кал.	Гепатит (одновременно с этим темнеет моча).
Примеси слизи, гноя и крови.	Дизентерия.
Водянистый, пенистый, желтоватый стул.	Вирусный энтерит.
Примеси тёмной крови в кале (дёгтеобразный кал).	Кровотечение из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (заболевания пищевода, желудка и т. д.).
Сгустки алой крови на поверхности кала.	Кровотечение из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта (геморрой, трещины заднего прохода, опухоли кишечника, полипы).

Внимание! Наличие в кале крови и слизи может говорить об инфекции или необходимости хирургического вмешательства. Нужно срочно вызвать врача и сохранить испражнения до его прихода, а затем отправить их на анализ. При подозрении на кровотечение из желудочно-кишечного тракта до приезда врача не надо кормить, поить больного, давать ему лекарства.

Нарушения режима выделения	Возможные причины
Жидкий обильный стул 3-4 раза в сутки.	<p>Воспаление тонкого кишечника (колит, дуоденит).</p> <p>Лёгкая форма кишечной инфекции (сопровождается головной болью, повышенной температурой).</p>
Стул до 10-15 раз в сутки маленькими порциями.	Тяжёлая форма острой кишечной инфекции (сопровождается рвотой, высокой температурой).
Запор.	<ul style="list-style-type: none"> • Колит, холецистит, гепатит, панкреатит. • Сахарный диабет, гипотиреоз, другие системные заболевания. • Приём некоторых лекарств (анальгетиков, препаратов железа и др.).

Образовательный модуль

«Адаптивная физкультура для инвалидов с ограничениями в передвижении»

Общая характеристика упражнений

Если преобладает спастика (напряжение и стянутость в ногах), то прежде всего ее нужно снять соответствующими упражнениями, направленными на растяжение и расслабление. Нужно выбирать такие упражнения, которые поддерживали бы взаимодействующие мышцы. Например, упражнения на ловкость и равновесие следует чередовать с упражнениями на расслабление для предотвращения усиления спастичности. Когда ведущими симптомами являются нарушения координации (тремор, нарушение равновесия), выбирают такие упражнения в положении сидя или стоя, которые поддерживают ловкость и равновесие. Необходимо также включать паузы для снятия скованности мышц плеч и затылка.

Ритмические движения следует выполнять в умеренном темпе, а отдельные движения даже медленно.

Частота занятий

Оптимальными по эффективности являются короткие занятия по 10 мин., например возле кровати или стола, возможно несколько раз в день.

Дополнительно в течение всего дня следует выполнять упражнения на расслабление. Регулярность в проведении тренировок, запланированных на определенное время, очень важна, но каждый раз упражнения следует соотносить с самочувствием в данный момент. При плохом самочувствии следует исключить трудные упражнения, чаще выполнять упражнения на расслабление.

Только занятия в меру имеют шанс на успех. Здесь оправдывает себя тактика "маленьких шагов". При этом действительное увеличение общей подвижности больного рассеянным склерозом возможно исключительно за счет чередования движения, расслабления и растяжения.

1. Достижение состояния покоя и расслабления

Эти упражнения выполняются для того, чтобы расслабить напряженные ноги, расслабить спину, выровнять нагрузку различных мышечных групп и ощутить тяжесть своего тела, используя для этого сознательное расслабление. Упражнения нужно выполнять в тех случаях, когда тело требует отдыха, а также после активных занятий, после долгого сидения или стояния. Имеет смысл выполнять упражнения на расслабление в постели, перед засыпанием. Как минимум, один раз в день следует делать релаксационную 20-минутную паузу.

В каждой позиции следует выбрать и разучить 1-2 удобных положения покоя. Наиболее важными являются положение туловища, ног, головы, шеи и таза. Положение рук можно определять индивидуально.

Расслабление означает, что тяжесть тела нужно прочувствовать осознанно. Если поначалу этого достичь нелегко, можно применить канонические способы аутогенной тренировки: "Моя правая рука теплее левой..., моя правая нога теплая..., я ощущаю тяжесть в правой половине тела..." и т.д. Фиксируют свое внимание на ощущениях, повторяя мысленно по нескольку раз фразы самовнушения. Далее, чередуют свои ощущения, меняя стороны и пытаюсь делать разнообразными их по качеству. Таким образом легче достичь релаксации. При длительных занятиях упражнения на расслабление и отдых нужно чередовать, разучивая для этого новые позиции.

Если очень долго сохранять тело в положении покоя, напряжение в ногах снова может усилиться. Поэтому положения покоя должны быть разнообразными, важно чередовать их. В качестве вспомогательного позиционного предмета может быть использован обернутый одеялом табурет, ящик и пр.

При всех упражнениях на покой и расслабление важно чтобы положение тела было удобным, вес тела был равномерно распределен и оно не соприкасалось бы с угловатыми предметами. Важно избегать вытянутых ног, а в положении лежа – контакта стоп с поверхностями, колени не должны соприкасаться, и спина не должна быть переразогнутой.

Положение на спине

Упр. 1



рис. к упр.1

Под коленные суставы подложена подушка или одеяло, свернутое в валик. Колени находятся на некотором расстоянии друг от друга.

Упр. 2



рис. к упр.2

Голени поддерживаются устойчивой плотной подставкой (ящик или табурет, обернутый одеялом).

Обратить внимание на то, чтобы колени и ступни не соприкасались, как и таз лежали бы ровно и были в расслабленном состоянии.

Упр. 3



рис. к упр.3

Левая ступня лежит под правым коленом, левое колено удобно опирается на плотную, толстую подушку. Правое колено чуть согнуто и развернуто.

Положение чередовать для правой и левой ног.

Положение спиной вверх

Упр. 4



рис. к упр.4

Левое колено согнуто и отведено влево. Большая плотная подушка поддерживает левое бедро, живот и грудную клетку. Правая рука удобно лежит на подстилке позади тела. Небольшую подушку можно положить под голову и плечо.

Обратить внимание на то, чтобы положение головы и левой руки было удобным, правое колено было согнуто, а подушка полностью заполняла бы пространство между животом, грудной клеткой и подстилкой. Колени не должны давить друг на друга, под головой лежит маленькая подушка.

Чередовать левое и правое положение.

Положение на боку

Упр. 5

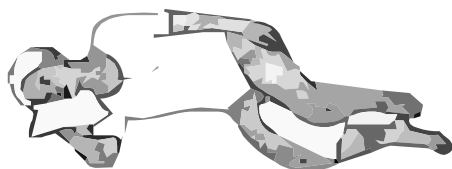


рис. к упр.5

Мягкая подушка лежит между коленями и бедрами. Верхняя ступня лежит на подстилке позади нижней. При этом коленные и тазобедренные суставы согнуты настолько, чтобы ноги лежали в расслабленном состоянии. Между коленями лежит толстая часть подушки.

Упр. 6

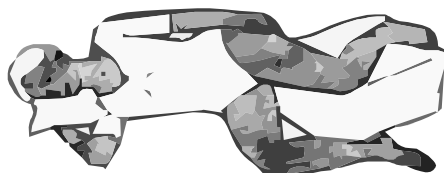


рис. к упр.6

Нижняя нога согнута в коленном и тазобедренных суставах. Верхняя нога лежит на подставке, немного позади нижней ноги. Голень, ступня и часть бедра верхней ноги поддерживаются подставкой, на которой они лежат. Важно, чтобы ни колено, ни ступня не сползли вниз. Спина круглая.

Менять правую и левую стороны.

Положение сидя

Упр. 7

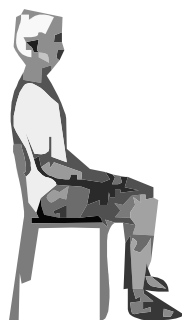


рис. к упр.7

Сесть на стул. Прямой спиной опереться на спинку так, чтобы грудная клетка не была сжата, а ступни ног полностью стояли на полу. При необходимости можно использовать подставку под ноги. Колени должны находиться на некотором расстоянии друг от друга, возможно для этого положить подушку между ними. Бедра лежат удобно, стопа перпендикулярна по отношению к голени. Стопы, однако, с силой не давят на пол.

Положение сидя в кресле

Упр. 8



рис. к упр 8

Принципиально важно:

- сидеть "глубоко", когда таз максимально приближен к спинке,
- опираться всей спиной,
- сиденье и его спинка должны быть твердыми,
- опора на всю стопу,
- колени не соприкасаются, возможно даже при помощи подушки.

1. Полностью откинуться назад так, чтобы не только спина, но и таз почувствовали спинку кресла. Подставку для ног поставить так высоко, чтобы бедра лежали на сиденье не полностью.

2. Исходное положение то же. Прогнуть спину, руки висят позади спинки и тем самым помогают максимально прогнуться.

3. Время от времени подниматься на подлокотниках, чтобы на короткое время снимать нагрузку с таза, как в упр. 46.

Весьма важным моментом является возможно более частая смена позиций.

II. Упражнения на растяжение

Упражнения на растяжение помогают расслабить судорожно сокращающиеся, напряженные мышцы бедер, голеней, стоп и верхних конечностей, а также увеличить подвижность. Они служат подготовкой к активным занятиям, но могут также применяться для разнообразия или для того, чтобы расслабиться после напряжения.

Положения надо принимать медленно, в предлагаемой очередности, мягким, постоянным давлением помогать там, где ощущается напряжение, как натяжение. Нельзя допускать боли!

Следует ненадолго остаться в этом положении, подавить напряжение, а затем расслабиться. Снова попытаться растянуться, используя мягкое и постоянное давление. Выполняемое упражнение не должно отличаться от позиций, представленных на рисунках.

Особенно важно то, что каждая судорога и растяжение "до боли" повышают мышечное напряжение и оказывают тормозящее влияние на эффективность занятий. Если при растяжении возникают невольное сокращение, судороги или подергивание мышц, то растяжение нужно прекратить и принять удобное положение покоя.



рис. к упр.9

Мышцы бедра

Упр. 9

Левая нога согнута и лежит поверх правого колена, правая рука держит голень левой ноги. Спинка стула поддерживает прямую спину, левая рука свободно висит позади спинки стула и тем самым помогает прямо держать спину. Стремиться в этом положении притягивать левую голень ближе к телу.

Следует следить за тем, чтобы правое колено не шло внутрь, правая нога не скользила вперед и не давила на пятку, а спина была прямой. Менять левую и правую ноги.

Упр. 10



рис. к упр.10

Ступни ног полностью лежат на полу, колени и стопы расположены на расстоянии 30 см друг от друга. Пятки находятся на одном перпендикуляре под коленями.

Прямая спина наклонена вперед, грудная клетка опирается на край стола, покрытый подушкой. Для уменьшения нагрузки следует поддерживать голову руками. При этом важно, чтобы таз находился на стуле вблизи его спинки, ступни не давили на пол, таз был наклонен вперед, а голова являлась бы продолжением спины.

Упр. 11

Растяжение внутренних мышц бедра.



рис. к упр.11

Сесть полностью внутрь кресла, притянуть левую ступню и положить ее на кресло возле левого колена так, чтобы она полностью лежала. Обе ягодицы должны быть равномерно нагружены, правая ступня полностью стоит на полу, перпендикулярно к голени. Левое колено удобно опирается на подлокотник кресла. Если это невозможно, следует положить под левое колено *подушку*.

Усложнение.

Таз и прямую спину наклонить вперед и остаться в таком положении некоторое время, затем возвратиться в исходное положение. Обратите внимание на то, чтобы правое колено не давило внутрь и левая ступня не скользила, а положение левого колена не вызывало неудобств.

Упр. 12



рис. к упр.12

положение.

Сесть полностью внутрь кресла, согнув ноги в коленях, притянуть одну к другой и положить на кресло обе ступни.

Обе ягодицы нагружены равномерно, прямая спина полностью опирается на спинку кресла. Руками медленно разводить колени. Если возможно, коленями опереться о подлокотники кресла, либо воспользоваться для этого подушками.

Усложнение.

Время от времени, поддерживая ноги руками, наклоняться прямой спиной и тазом вперед, остаться в таком положении некоторое время, затем возвратиться в исходное

Упр. 13



рис. к упр.13

Сидя на стуле, вплотную к нему поставить перед собой второй стул с не очень широкой спинкой, соскользнуть на этот стул настолько далеко вперед, чтобы спинка стула не оказывала неприятного давления на бедра.

Голени и пятки расположены на одной вертикали под коленями, таз нагружен равномерно, спина прямая. Угол наклона таза не меняется.

Поясничные мышцы и мышцы задней поверхности бедер

Упр. 14

Стопы плоско стоят на полу, колени, ступни расположены на расстоянии 50 см друг от друга, пятки находятся на одном перпендикуляре с голеньями. Верхнюю часть туловища наклонить вперед и вниз, при этом руки свободно висят между колен. Затем, откинуться назад: руками упереться в бедра и этим снова поднять прямую спину.

Усложнение.

Коленями медленно сдавить плечи, обратить внимание на то, чтобы ступни не соскальзывали, а это положение не было бы неудобным для спины.

Упр. 15

Колени расположены на расстоянии 5 см друг от друга, тыльные поверхности стоп плоско лежат на полу. В случае неудобства подложить под них полотенце или сложенный платок.

Живот и грудная клетка лежат на бедрах. Если это положение неудобно, между животом и бедрами следует положить толстую подушку так, чтобы грудная клетка удобно на ней лежала. Локти сбоку упираются в подстилку, лицо лежит на ладонях.

Усложнение:

Глубоко дышать, следя за тем, чтобы спина была круглой, стопы не съезжали бы внутрь, а грудная клетка и голова оставались в прежнем положении.

Растяжение мышц ног и спины

Упр. 16

Положение на спине. Колени подтянуты к животу так, чтобы таз был в воздухе. Скрещенные под коленями руки фиксируют ноги на животе. Голова и лопатки находятся на подушке.

III. Упражнения на расслабление

Эти упражнения помогут устранить состояние скованности, поддержать ослабевшие мышцы, разработать суставы, улучшить кровообращение. Они

проводятся для того, чтобы расслабить судорожно сокращенные, перенапряженные мышцы и подготовить их к тренировке ловкости, равновесия и силы.

Упражнения на расслабление должны включаться между другими упражнениями, а также проводиться время от времени в течение всего дня, перед началом занятий, как разминка и после них для снятия напряжения. Они полезны также после длительного сидения.

Движения надо выполнять медленно, чувствуя, что это происходит легко и свободно, почти автоматически. Для расслабления следует покачивать, вращать, встряхивать ноги.

При остановке движения следует прерваться до исчезновения напряжения в ногах. Затем можно начать снова в спокойном темпе. Движения должны быть в ритме ходьбы, туда-сюда, раз в секунду.

Движения не должны выполняться с силой, в ногах не должны появляться судороги, очень хорошо, если движения происходят "автоматически".

Расслабление мускулатуры ног

Упр. 17 "Качание коленей"

Положение на спине. Ступни поставить на подушку так, чтобы ноги без труда оставались в этом положении. Колени и ступни расположены на расстоянии 30 см друг от друга.

Движение.

Одновременно раздвигать колени друг от друга и друг к другу на максимальное расстояние 30 см один раз в секунду. Колени двигаются спокойно и равномерно, ступни ног остаются неподвижными, таз не двигается, движения проводятся плавно, давление пяток на пол не усиливается.

Упр. 18 "Сваленное дерево"

Положение на спине. Обе ноги лежат на большом, крепком валике или на толстой подушке. Пятки лежат на кровати и не давят на нее. Ступни и колени расположены на небольшом расстоянии друг от друга. Таз неподвижен.

Движение.

Оба колена, как и вся нога, одновременно и равномерно разворачиваются наружу. Движение повторяется в обратную сторону, ноги разводятся ритмично и расслабленно, приблизительно 1 раз в секунду. Представлять себе, что каждая нога, как полено, катится наружу. Движения очень плавные.

Упр. 19 "Лягушка"

Положение сидя, оперевшись на скамью ладонями, расположенными по сторонам и немного позади ягодиц. Стопы плоско стоят на полу. Колени и стопы находятся приблизительно в 30 см друг от друга.

Движение.

Оба колена двигаются одновременно и равномерно друг от друга и друг к другу. Ступни остаются на месте.

Движения выполняются без усилия, ритмично и расслабленно с частотой 1 раз в секунду.

Колени покачивать ритмично, как лягушка, с амплитудой до 20 см до тех пор, пока движения не станут свободными и легкими.

Для облегчения можно помогать себе руками. При этом стопы не должны давить на пол, движение кнаружи должно быть подчеркнуто. Пятки свободно лежат на подстилке, таз остается неподвижным.

Упр. 20 "Качели"

Положение сидя, как и в упр. 19. Ноги свободно висят, колени находятся на небольшом расстоянии друг от друга, вес на ягодицы и бедра с двух сторон распределен равномерно. Все бедро, до колена лежит на опоре.

Движение.

Качать обе голени в противоположные стороны, движение пяток назад подчеркнuto. Вперед голень возвращается расслабленной.

Упражнение выполняется без усилия, в ритме ходьбы один раз в секунду, ступни висят расслабленно, ноги "бегут автоматически". Расстояние, которое пятка преодолевает от перпендикуляра назад, такое же, как и вперед.

Облегчается упражнение тем, что кончики пальцев ног тянутся вперед.

Обратить внимание на то, что более подвижная нога приспосабливается к менее подвижной и амплитуда движений ног равномерна с двух сторон, а таз остается неподвижным.

Упр. 21 "Размах колокола"

Положение сидя, как и в упражнении 19. Ноги висят свободно. Колени находятся на небольшом расстоянии друг от друга. Нагрузка на обе ягодицы распределена равномерно. Бедро полностью опираются на горизонтальную поверхность.

IV. Упражнения на ловкость

Ловкость - это способность выполнять мелкие и точные движения. Упражнения на ловкость помогают поддержать функциональную способность, нарушенную спастикой, выровнять одностороннее использование мускулатуры, расслабить напряженные ноги.

Предлагаемые упражнения для ловкости ног могут выполняться повсюду в течение дня. При длительном сидении они устраняют недостаток движения и выравнивают одностороннюю нагрузку.

Сначала выполняются движения медленно, с возможно меньшей силой. Ощущение движения и площади контакта облегчают выполнение точных движений и поддерживают работу слабеющих мышц.

Ритм движений возрастает постепенно, возрастает точность и быстрота движений. Следует заниматься 4-5 секунд в быстром темпе, затем пауза, повторять по возможности. Упражнения следует чередовать с упражнениями на расслабление.

Все упражнения на ловкость будут эффективны, если:

- не прикладывается сила,
- движения выполняются точно,
- темп возрастает до тех пор, пока движения остаются плавными.

Улучшение движения и обучение контролю за движением ног

Упр. 22 а,б "Игра пяток"

Лежа на спине. Ноги согнуты в коленях. Стопы установлены на ширине ладони (а).

Движение (б).

Левая нога остается на месте (если она устает, следует сменить положение ног). Давление правой стопы уменьшить, при этом незначительно поднять ее вверх. С пятками играть: на небольшое расстояние провести пунктирную линию от тела вперед, затем подтягивать назад.

При движении вперед, как бы по пунктиру, пятка касается подстилки очень легко.

Облегчение.

Правая нога, не отрываясь от подстилки, скользит по ней на небольшое расстояние вперед, затем постепенно подтягивается назад.

Усложнение.

Выполняя упражнение, левую ногу тянуть на живот и удерживать в таком положении без помощи рук. Правой ногой быстрее двигать по пунктирной линии.

Эти упражнения эффективны, если только колени не падают ни наружу, ни внутрь. Левая нога не соскальзывает, спина при этом не сгибается. Чередовать левую и правую ноги.

Упр. 23 "Пчела"

Площадка для сидения ровная и твердая, сидение не выше, чем расстояние от колен до пола. Сидеть на передней половине стула, ступни стоят плоско, перпендикулярно под коленями. Таз не опрокинут ни вперед, ни назад. Седалищные кости нагружены вертикально. Грудная клетка на одной вертикали с тазом, спина прямая, голова над грудной клеткой, подбородок поднят, шея – продолжение спины, руки висят свободно.

Движение.

Правая нога немного оторвана от пола, правой пяткой легко касаться пола, носок не касается. Следует касаться пяткой линии или круга, как пчела перелетает от одного цветка к другому до тех пор, пока движения остаются легкими. Вес остается равномерно распределен на ягодицах.

Облегчение.

Спина откинута на спинку стула. Всей левой стопой во время касания давить на пол.

Усложнение.

Выполнять движения быстрее и точнее, меняя регулярный и нерегулярный ритмы. Эти упражнения целесообразны:

- если не скользит левая пятка,
- пятка лишь легко касается пола,
- таз не двигается.

Упр. 24 "Отбивание такта"

Упражнение выполняется для поддержания подвижности ног.

Сидя на стуле. Ступня правой ноги выдвинута вперед. Левая ступня остается плоско стоять на полу.

Движение.

Давление правой пятки на пол усиливается, при этом носок ступни поднимается высоко вверх, пальцы стопы вытянуты, давление пятки на пол сохраняется, а ступня падает. Ритмично высоко поднять носок и снова оставить его падать, как при отбивании ритма. Не пальцами, а стопой ритмично слегка дотрагиваться до пола приблизительно 2 раза в секунду.

Облегчение.

Выбрать глубокий стул и поставить ступню чуть дальше вперед, движения выполнять медленно.

Усложнение.

Ступня стоит под коленом, движения выполнять быстрее, меняя регулярный и нерегулярный ритмы.

Важно чтобы ступни не скользили, носок правой ноги при падении не скользил вниз, левая стопа продолжала плоско стоять на полу, а движения были плавными.

Сменить ноги.

Упр. 25 "Литавры"

Движения.

Положение сидя, как в упр. 23.

Правая нога чуть приподнята от пола и отставлена в сторону на 30 см так, что колено и ступня одновременно идут наружу. Правая нога (колено и ступня) снова приставлена к левой.

Левая нога остается на месте, ступня плоско стоит на полу, колено на одной вертикали над ступней. Правую ногу снова отставить в сторону таким образом, чтобы это напоминало игру на литаврах.

Облегчение.

Сесть внутрь стула и опереться спиной на его спинку. При усилении давления левой стопы на пол выполнить движение в сторону и обратно.

Усложнение.

Выполнять движения быстрее и с большим размахом без уменьшения нагрузки на область правой седалищной кости.

Обратить внимание на то, чтобы ступня и колено одновременно ставились наружу, правый носок не давил на пол, левая ступня плоско стояла бы на полу, а таз не двигался.

V. Упражнения на равновесие

Равновесием называется возможность сохранять положение тела без необходимости поддержки, как например спинка стула или ручка.

Сидеть прямо – простое и действенное упражнение, которое можно выполнять всегда и везде.

Упр. 26 "Свободное сидение"

Площадка для сидения ровная и твердая, высота не выше, чем расстояние от колен до пола. Сидеть на передней половине стула, ступни стоят плоско, перпендикулярно под коленями. Таз не опрокинут ни вперед, ни назад. Седалищные кости нагружены вертикально. Грудная клетка на одной вертикали с тазом, спина прямая, голова над грудной клеткой, подбородок поднят, шея является продолжением спины, руки висят свободно.

Упр. 27 а,б "Гребля"

Для сохранения равновесия при сидении и для тренировки мускулатуры тора.

Колени и ступни стоят на незначительном расстоянии друг от друга, пятки на одной вертикали с коленями, стопы плоско стоят на полу, спина прямая. Палку или прут держать на ширине плеч (а).

Движение.

Сдвигать прут горизонтально вперед, прямая спина от таза тоже движется вперед, во время этого давление стоп на пол усиливается, а давление таза на стул ослабевает.

Двигаться вперед настолько далеко, чтобы таз не отрывался от стула.

Прут горизонтально тянуть назад, прямая спина вместе с тазом двигаются назад настолько далеко, чтобы ступни не отрывались от пола (б).

Упражнение выполняется вперед – назад приблизительно за 6 секунд.

Облегчение.

Движения проводятся на меньшее расстояние и в более медленном темпе.

Усложнение.

Увеличение расстояния и темпа.

Соблюдать условия выполнения, когда таз двигается вперед и назад вместе со спиной, спина остается прямой, ступни не скользят, а пятки остаются на полу.

Упр. 28 а,б "Ткацкий станок"

Сидя на скамье. Колени расположены на незначительном расстоянии друг от друга. Широко захватить руками палку или прут (а).

Движение.

Двигать палку горизонтально отводить вправо, как можно дальше, при этом усиливается давление правой седалищной кости, а нагрузка на левую ногу уменьшается. Левое бедро и левая ягодица чуть отрываются от подстилки. Обе ступни идут как противовес налево. Палка всегда остается в горизонтальном положении. Линия глаз – горизонтально (б).

Равномерно двигать палку влево и вправо, как ткацкий станок, приблизительно три секунды на движение.

Облегчение.

Уменьшить расстояние, на которое двигается палка.

Усложнение.

Двигать палку в сторону на такое расстояние, чтобы бедро и ягодицы противоположной стороны полностью отрывались от подставки и удерживались на весу без поддержки.

Палка должна удерживаться в горизонтальном положении, колени не давят друг на друга и не выпрямляются, спина остается прямой.

Упр. 29 "Шимпанзе"

Для поддержки равновесия при вставании.

Прежнее исходное положение, когда голени строго перпендикулярны бедрам, голени образуют острый углом с бедром таким образом, чтобы пятки не отрывались от пола. Колени, ступни отстоят на 20 см друг от друга (а).

Движение.

Прямая спина вместе с тазом наклоняются вперед, при этом давление стоп усиливается. Встать со стула, не выпрямляя спину и не разгибая до конца колени. Несколько секунд оставаться стоять в таком положении и, если возможно, покачивать свободно руками (б). Медленно опустить таз на сиденье. Спина остается наклоненной до тех пор, пока ягодицы не коснутся стула. Снова принять позу шимпанзе.

Облегчение.

Использовать стул с более высоким сидением и по возможности удерживаться при помощи рук.

Усложнение.

Использовать стул с более низким сиденьем и много раз медленно повторять движение.

Упражнение выполняется правильно, если основное давление ощущается под пятками, колени остаются разведенными врозь, руки и ноги остаются расслабленными.

Упр. 30 "Остаться в вертикальном положении"

Упражнение можно выполнять босиком или в повседневной обуви (обувь с хорошей (поддержкой ступни, с каблуком от 2 до 4 см и мягкой резиновой подошвой).

Ступни отстоят друг от друга на ширину двух ладоней, равномерно давят на пол всей плоскостью ступни. Колени не совсем распрямлены, отстоят на некотором расстоянии друг от друга и смотрят вперед, руки расслабленно висят вдоль туловища, плечи не поднимаются вверх и не двигаются вперед. Ступни на 20 -30 см удалены от стационарно стоящей мебели (стены). Движение. Туловище и голову держать строго вертикально и идти назад, пока задняя поверхность бедра не обопрется в мебель (стену). Руки остаются вдоль тела. Не усаживаться!

При этом усиливается давление пяток на пол. Колени оставить чуть-чуть согнутыми, пальцы ног не нагружены.

Обратно: по возможности сохраняя туловище в вертикальном положении, двигаться вперед без помощи рук.

Облегчение.

Ступни поставить чуть ближе к мебели (стене), на ширине ягодиц.

Усложнение.

Выполнить упражнение в положении на одной ноге. (Упр. 35). Ненагруженная ступня остается на полу без давления. Во время выполнения упражнения следить, чтобы колени не были согнуты. Таз, грудная клетка, голова и прямая спина остаются в строго вертикальном положении. Колени не распрямляются.

Упр. 31 "Свободное положение"

Для поддержки равновесия при стоянии и исходное положение для упражнений.

Упражнение можно выполнять босиком или в повседневной обуви (обувь с хорошей поддержкой ступни, с каблуком от 2 до 4 см и мягкой резиновой подошвой).

Ступни отстоят друг от друга на ширину двух ладоней, равномерно давят на пол всей плоскостью ступни. Колени не совсем распрямлены, отстоят на некотором расстоянии друг от друга и смотрят вперед, руки расслабленно висят вдоль туловища, плечи не поднимаются вверх и не двигаются вперед. Определенное время оставаться в свободном положении и спокойно дышать, например в течение 20 сек. или 1 мин. Это индивидуальное "определенное время" должно сохраняться при длительных тренировках.

Облегчение.

При неуверенности встать между спинками стульев или возле стола, или можно прислониться к стене.

Усложнение.

Оставаться в свободном положении более длительное время, осматриваясь вокруг. Упражнение выполнять, если давление пяток на пол остается постоянным и пальцы ног не сгибаются, а колени не давят друг на друга.

Упр. 32 а,б "Развешивание белья"

Обучение удержанию равновесия на обеих ногах.

Исх. положение - см. упр. 6., однако ступни поставить чуть шире.

Движение.

Как при взятии белья из бельевой корзины, легко согнуться в коленях, отведя таз назад. Прямая спина наклоняется вперед. Колени остаются врозь, стопы плоско стоят на полу. Нагрузка на пятки остается постоянной (а).

Снова подняться, как будто развешивая белье. Колени не напряжены, не поворачиваются внутрь и не давят друг на друга. Давление пяток остается постоянным (б).

Движение медленно повторить 5-6 раз.

Облегчение.

Стоять между двумя стульями, наклоняться не глубоко (корзина с бельем стоит на стуле) и высоко не "развешивать".

Усложнение.

По возможности выше поднимать руки, бельевая корзина стоит на полу, возможно даже в стороне.

Важно, чтобы стопы были равномерно нагружены, колени свободно пружинили, плечи не поднимались высоко.

Упр. 33 "Удар крыла"

Обучение удержанию равновесия на обеих ногах и расслабление плечевого пояса.

Исх. положение, как при "свободном положении" (упр. 6).

Движение.

Одновременно и расслабленно качать обе руки вперед - назад (размах около 40 см). Давление стоп на пол всегда остается равномерно распределенным. Колени чуть пружинят. Для равновесия можно двигать таз вперед и назад.

Облегчение.

Для уверенности встать возле стола или перед стулом.

Усложнение.

При меньшем размахе быстрее и сильнее двигать вытянутыми руками вперед и назад. Максимальный размах рук 20 см два раза в секунду. Локти остаются прямыми. Быстрый удар крыла проводить 3-4 секунды, затем сменить расслабленным, медленным качанием рук. Давление пяток на пол должно оставаться постоянным, колени не выпрямлены и не идут внутрь, плечи не поднимаются высоко, положение головы, туловища и ног строго вертикально.

Упр. 34 Die Majorette

Обучение удержанию равновесия на обеих ногах и расслабление плечевого пояса. Исходное положение, как при "свободном положении" (упр.6).

Движение.

Как при ходьбе, поочередно качать руками вперед и назад, расслабленно туда-сюда, в спокойном темпе, приблизительно 1 раз в секунду. Размах рук вперед и назад одинаков. В коленях следует чуть пружинить. Давление стоп на пол остается равномерно распределенным на обе ноги.

Облегчение.

Для уверенности стоять возле стола и если необходимо, слегка касаться его кончиками пальцев один раз впереди, один - сзади.

Усложнение.

Быстрый темп: при меньшем размахе быстрее и сильнее двигать вытянутыми руками туда-сюда. Локти остаются выпрямленными (максимальный размах 20 см). При этом таз можно поворачивать. Быстрые движения рук выполнять в течение 3-4 секунд, затем сменить медленными, расслабленными покачиваниями рук.

Давление стоп на пол должно оставаться равномерно распределенным, колени не должны соприкасаться и давить друг на друга. Не поднимать высоко колени. Положение головы, туловища и ног строго вертикальное.

Упр. 35 Стояние на одной ноге.

Для тренировки сохранения равновесия на одной ноге. Исходное положение как при свободном стоянии (упр.6)

Движение.

Давление правой стопы на пол усилено. Туловище и правая нога остаются в строго вертикальном положении, левая нога чуть согнута в колене. Левая ступня остается на полу без давления. Вес остается на правой ноге, правое колено не совсем выпрямлено, правая стопа равномерно давит на пол. Руки свободно опущены вдоль туловища.

Некоторое время стоять в этом положении, осознанно чувствуя давление правой стопы на пол, обеспечивая этим отсутствие давления под левой стопой.

Облегчение.

При неуверенности стоять перед стеной, слегка придерживаясь.

Усложнение.

Находиться в положении на одной ноге, одновременно покачивая расслабленными руками вперед и назад, как при "ударе крыла" (упр. 8).

Упражнение эффективно, если правое колено не выпрямляется и не идет внутрь, туловище и правая нога сохраняют строго вертикальное положение, давление пяток на пол остается постоянным.

Упр. 36 "Церемониальный марш"

Для тренировки контролируемого движения ног.

Исходное положение см. упр.6.

Движение.

Давление правой стопы на пол усиливается. Туловище и правая нога находятся в строго вертикальном положении. При этом вес с левой ноги снимается. Левая ступня ставится на первую ступеньку без давления и снова ставится назад.

Давление правой стопы остается все время одинаковым. В это время левая ступня ставится на первую ступень, а затем снова назад. Движение производится ритмично, как при церемониальном марше, можно качать правой рукой сочетанно с левой ногой.

Облегчение.

Двигать только правой рукой, темп умеренный, левой придерживать за перила.

Усложнение.

Свободное положение без помощи рук при движении. Левая нога ставится одновременно на одну ступеньку.

Упражнение эффективно, если колено не отклоняется кзади, правая стопа плотно прижата к полу, прямая спина остается на одной вертикали с правой ногой.

Упр. 37 "Аист"

Для тренировки равновесия на ноге.

Исходное положение: см. упр. 6.

Давление правой стопы на пол усилено, при этом нагрузка на левую ногу снижается. Левая ступня ставится на табуретку или стул и остается в этом положении. Вес остается на правой ноге, правое колено распрямляется не полностью. Правая стопа давит равномерно на пол.

Движение.

В этом положении расслабленные руки попеременно качать, как в упр. 34 некоторое время, около 30 секунд.

Облегчение.

Рукой слегка держаться за спинку стула, другую руку качать одну.

Усложнение.

Левую ногу согнуть и как проснувшийся аист держать ее в воздухе в этом положении. Правое колено не идет ни назад, ни внутрь, прямая спина вертикальна по отношению к полу.

Упр. 38 "Идти прислонившись"

Для поддержки равновесия во время стояния и растяжения мышц бедер.

Стоять у стены, ноги стоят почти вместе, и удалены от стены на некоторое индивидуальное расстояние. Давление стоп на пол сильнее всего под пятками. Таз отходит от стены, лопатки остаются у стены, руки висят расслаблено, голова не касается стены.

Движение.

Таз чуть-чуть двигается направо, при этом усиливается давление правой стопы на пол, с левой ступни нагрузка снимается. Таз попеременно двигать направо и налево, как при ходьбе.

Облегчение.

Обе распрямленные руки давят на стену.

Усложнение.

Обе руки скрещены на груди. Ненагруженная нога слегка отрывается от пола, как при ходьбе. Упражнение будет результативным, если колено нагруженной ноги чуть согнуто, у нагруженной ноги давление пятки усиленно ощущается, голова, грудная клетка и прямая спина находятся на одной вертикали.

VI. Силовые упражнения

Представленные силовые упражнения помогают тренировать определенные группы мышц, которые часто ослабевают при рассеянном склерозе.

Если сохранение равновесия затруднено, наблюдаются непроизвольные движения и тремор, то включать силовые упражнения в ежедневную программу тренировок нельзя. Нужно усиленно тренировать равновесие, ловкость и выполнять упражнения на расслабление, чтобы улучшить поврежденные процессы согласованности мускулатуры.

При сильном спастическом судорожном состоянии мускулатуры упражнения нужно выполнять с осторожностью, особенно, если при этом усиливается перенапряжение.

- Нужно соблюдать условия выполнения силовых упражнений.

- Как правило, нужно избегать традиционных силовых упражнений, таких, как поднятие тяжестей и упражнений на сопротивление.

Силовые упражнения проводить не чаще, чем дважды в день, короткими сериями, всегда чередуя их с упражнениями на расслабление и ловкость.

В плохие дни силовые упражнения можно оставить совсем. Вместо этого нужно попытаться принять положение покоя или растяжение.

Силовые упражнения при рассеянном склерозе эффективны, если нет претензии на силовые резервы, делаются частые паузы для расслабления, дается достаточное время для отдыха.

Построение тренировки

1. Разучивание

Упражнение выполнять медленно, так долго, чтобы можно было контролировать движения, точно соблюдать условия, делать паузы, глубоко дышать.

2. Чередование

Чередовать с компенсирующими движениями (упражнения на растяжение и ловкость, по возможности те же, что и выполнялись ранее.

Например:

- после "Моста" чередование со "Сваленным деревом" или "Игрой пяток"
 - после "Колыбели" чередование с "Шатанием колен " или "
 - после "Единоборства" чередование с "Лягушкой"
- или "Отбиванием такта"

3. Серия упражнений

Тренировка силы проводится упражнениями, которые выбираются так, чтобы были задействованы одни и те же позиции, но с разными целевыми установками. Серия упражнений выполняется некоторое время и усиливается, если имеются большие силовые резервы. Не следует брать за большое количество упражнений, лучше выполнить меньшее их количество, но более тщательно.

Упр. 39 а,б "Клапан"

Для усиления боковой мускулатуры бедра.

Лечь на правый бок, ноги согнуты в коленях и параллельны туловищу. Спина прямая, левая рука опирается на подстилку перед животом (а).

Движение (б).

Левая нога поднимается, как клапан. Колено и ступня одновременно поднимаются вверх. Некоторое время левую ногу держать на весу, затем положить ее и снова повторить. Левую ногу можно класть один раз впереди, один раз позади правой ноги.

Выполнять упражнение справа и слева.

Облегчение.

Левая рука давит на подстилку, поднимается только левое колено.

Усложнение.

Поднимать обе ноги.

Упражнение эффективно, если:

- спина остается прямой,
- левое колено не выпрямляется,
- оба колена одновременно отрываются от подстилки.

Упр. 40 "Колыбель"

Для усиления мускулатуры живота и бедер.

Положение на спине. Ноги согнуты в коленях, стопы лежат на подстилке, колени не соприкасаются. Кисти лежат под головой (а).

Движение.

Оба колена, не соприкасаясь, двигаются одновременно медленно направо до тех пор, пока не начнет изгибаться спина. Затем – движение налево, туда и обратно, как колыбель. Локтями можно поочередно усиленно давить на подстилку, но спина должна при этом оставаться прямой, а крестец не должен отрываться от подстилки.

Облегчение.

Руки раскинуты в стороны, опираются на подстилку.

Усложнение.

Руки вытянуты вдоль туловища или подняты скрещенными вверх, как показано на рисунке (б).

При выполнении упражнения важно следить, чтобы крестец оставался на подстилке, спина оставалась бы прямой ступни не скользили бы и не давили усиленно на пол.

Упр. 41 "Мост"

Для усиления мускулатуры бедер и ягодиц.

Положение на спине, руки за головой. Обе ноги положить на крепкую, высокую подушку или подставку, голени скрещены. Левая нога лежит сверху правой. Колени смотрят наружу.

Из этой позиции левая нога тянется вверх к животу, и остается на весу все время выполнения упражнения.

Движение.

Левое колено поднимается, при этом приподнимается таз. На пару секунд зафиксировать это положение – т.е. "держать мост". Таз опустить, левая нога остается на весу. Движение повторить. Выполнять упражнение слева и справа.

Облегчение.

Прямые руки лежат вдоль туловища и могут помогать при поднимании таза.

Усложнение.

Руки лежат на подстилке вытянутыми над головой, кисти скрещены. Правая голень лежит на маленькой подушке.

Упр. 42 а,б,в "Озерная роза"

Для усиления мускулатуры живота.

Обе ноги притянуты к животу, ступни на весу. Оба колена так тянутся к животу, чтобы поясница сильно давила на подстилку, а таз чуть приподнимался.

Движение.

Колени медленно идут назад, как лепестки цветка, который открывается, но только тогда, пока сохраняется сильное давление поясницы на подстилку (а,б).

Облегчение.

"Озерная роза" открывается только одним лепестком. Другая нога остается на животе.

Усложнение.

Лепестки удлиняются: ступни во время движения медленно идут в направлении потолка, полностью распрямляясь (в).

Таз во время движения должен чуть приподниматься.

Упр. 43 а,б "Трясущаяся чаша"

Для укрепления мускулатуры живота.

Положение лежа на спине, сзади под коленными суставами лежит валик.

Вариант 1. Обе прямые руки направлены к потолку, ладони сложены так, как если бы они держали чашку. Двигать их вперед и назад по направлению к голове и к ногам, с амплитудой 10 см. Двигать руками так быстро, как возможно, в течение 4 секунд (а).

Вариант 2. Выпрямленные руки быстро двигать направо и налево, туда-сюда с амплитудой примерно 20 см, как при полировке. Двигать руками так быстро, как возможно, в течение 4 сек. (б).

Движения должны быть быстрыми, короткими и точными, локти прямые, ноги не выпрямляются.

Упр. 44 а,б "Тряска метлы"

Для укрепления мускулатуры торса.

Положение сидя. Ступни стоят твердо на полу, колени и стопы на ширине плеч. Палка взята на уровне шире плеч вытянутыми вперед руками.

Вариант "а". На высоте пупка палку в руках коротко и быстро тряхи вперед и назад (амплитуда 10 см), так быстро, насколько возможно, в течение 4 секунд.

Вариант "б". На уровне пупка палку в руках коротко и быстро тряхи налево и направо в течение 4 секунд. Обратите внимание на то, чтобы локти были прямыми, плечи высоко не поднимались, ступни не скользили, дыхание не задерживалось.

Упр. 45. "Единоборство"

Для укрепления мускулатуры торса и рук.

Положение сидя у "Шведской стенки" или у специальной перекладины.

Движение.

1. Охватить крепко перекладину и, как в единоборстве, сильно давить вниз, спина при этом не должна становиться округлой и нельзя упираться вперед. Давление ослабить, затем повторить упражнение.

Упр. 46 "Поддержка руками"

Для усиления мускулатуры плечевого пояса и расслабления мышц затылка.

Положение свободного сидения (см. упр. 26).

Оба кулака опираются возле тела (на сложенную ткань), большой палец вперед, локти назад (а).

Движение.

Кулаки давят крепко на подстилку, при этом плечи не должны подниматься, а локти не должны распрямляться.

Давление ягодиц на сиденье уменьшается, а голова движется немного кверху. Зафиксироваться на короткое время в верхнем положении, дышать спокойно. Уменьшить давление рук (б).

Важно, чтобы давление стоп на пол оставалось постоянным, ноги не выпрямлялись, плечи не поднимались, а голова не наклонялась вперед.

Литература

1. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М.: "Медицина", - 1988. - с.54, 115-117, с.258-259.

2. Kunzle U. Selbsttraining bei MS. - Zurich: Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 1992.

3. Мертин Ю., Пет Б. Физиотерапия и рассеянный склероз - применение концепции Бобат//Лечение рассеянных склерозов. - 1994 - Т. 1., N 1. - С. 12-15.

Образовательный модуль **«Пальчиковый тренинг»**

Целью этих занятий является:

- восстановление способности дифференцированию кисти руки;
- развитие двигательной памяти и координации движений;
- восстановление движений, в которых участвуют мелкие мышцы;
- развитие выносливости и быстроты.

Комплексы упражнений для начального игротренинга:

Комплекс 1 (упражнения выполняются в положении сидя за столом):

Упр. 1. Сжать кисть в кулак, большой палец сверху прижимает 4 остальных. То же, но 4 пальца прижимают большой палец сверху (по 10-15 раз).

Упр. 2. Круговые движения каждым пальцем в отдельности (по 8 раз).

Упр. 3. Сгибание пальцев в ногтевых и средних фалангах (20-25 движений)

Упр. 4. Разведение и сведение пальцев (10-16 раз)

Упр. 5. Поочерёдное поднимание каждого пальца (по 5 раз)

Упр. 6. Поднимание каждого пальца и движения им вправо и влево

Упр. 7. Приближение к концевой фаланге большого пальца каждого фаланги остальных пальцев.

Упр. 8. Последовательное сгибание пальцев в ногтевых, средних суставах. Выпрямление скольжением ладонной поверхности кисти (15-20 движений).

Упр. 9. Пальцы разведены врозь. Начиная с мизинца, последовательно согнуть все пальцы в кулак. Так же последовательно разогнуть пальцы, начиная с большого. Затем согнуть, начиная с мизинца (10-12 движений).

Упр. 10. Пальцы сжаты в кулак. Разогнуть и снова согнуть каждый палец отдельно (10-12 движений).

Упр. 11 Большой палец приведён к ладони. Одновременно согнуть 4 пальца и отвести большой (14-18 раз).

Упр. 12. Пальцы разведены и опираются о стол. Статические напряжения мышц кисти (5-7 раз).

Упр. 13. Большой и указательный палец опираются о стол. Упражнение «шпагат» (по 3 раза).

Упр. 14. Кисть ладонью вверх. Захват большим пальцем поочерёдно каждого пальца при одновременном разведении других.

Комплекс 2 (руки опираются на локти, кисти соединены).

Упр. 1. Пальцы правой руки склоняют назад пальцы левой и наоборот (5-7 раз).

Упр. 2. Переплести пальцы, прижать друг к другу. Разъединить их, оказывая сопротивление (5-7 раз).

Упр. 3. Пальцы разведены и сопоставлены друг с другом. Статическое напряжение мышц (4-6 раз).

Упр. 4. «Щелчки» (по 3 раза каждым пальцем).

Упр. 5. Пальцы переплетены. Повороты кистями ладоней от себя и к себе (6-8 раз).

Упр. 6. Слегка развести пальцы правой кисти. Концы пальцев левой кисти положить на ногтевые фаланги пальцев правой кисти.

Разгибать пальцы правой, энергично сопротивляясь левой (6 раз)

Упр. 7. Большой палец левой кисти держать вертикально вверх. Зацепиться за него указательным пальцем правой руки и энергично сгибать его, преодолевая сопротивление (4-6 раз).

Комплекс № 3 (с короткими палочками)

Упр. 1. Катание палочки в поднятой кисти при опоре на локоть:

А) между 2 пальцами;

Б) между большим пальцем и 4 остальными;

В) между ладонями обеих кистей (2-3 мин.).

Упр. 2. Захватить максимальное количество палочек одной кистью и выкладывать их по одной на стол (2 мин.).

Упр. 3. Упражнения на захват различных предметов: кубиков, мозаики, пирамиды, шариков (3-5 мин.).

Комплекс № 4 (с малым мячом)

Упр. 1. Сжимание мяча кистью (10-22 раза).

Упр. 2. Подбросить мяч и поймать его (8-10 раз)

Упр. 3. Сжимание мяча 2-мя пальцами (один из них всегда большой)

Упр. 4. Выпустить мяч из рук и поймать его хватом сверху(8-10 раз)

Упр. 5. Бросить мяч одной рукой из-за спины и поймать другой (10-12 раз)

Упр. 6. Удары мяча в пол тыльной поверхностью кисти (20-30 уд.).

Упражнения, включённые в комплексы, представляют собой сочетания естественных для человека движений, разделены на составные элементы. Упражнения на сопротивление способствуют укреплению мышц кисти, повышают их эластичность. Пассивные упражнения используются для предупреждения тугоподвижности суставов. Они стимулируют активные движения, благодаря рефлекторному влиянию афферентной импульсации, возникающей в кожных покровах, мышцах, суставах. Изометрические напряжения мышц без движений в суставах является очень важным средством профилактики атрофии мышц и как средство восстановления мышц при парезах. Упражнения на расслабление мышц создают благоприятные условия для кровоснабжения и отдыха мышц после их напряжения.

Занятия пальчиковым игротренингом проводятся как индивидуально, так и в группах по 3-4 человека.

Образовательный модуль

«Средства технической реабилитации, бытовая реадaptация, самообслуживание»

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

Первое занятие.

1. *Современное представление о заболевании, методах лечения, проблемы и решения.*
2. *Организация помощи;*

Второе занятие.

1. Социальная реабилитация, коррекция когнитивного, социально-культурного, духовного компонентов деятельности удовлетворение потребностей инвалида в информации, в получении социально-культурных услуг.
- система и процесс восстановления способностей инвалидов к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социальная реабилитация включает социально-бытовую адаптацию и социально-средовую ориентацию.

Социально-бытовая адаптация - это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалида и приспособления к ним.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации включают:

- информирование и консультирование инвалида и его семьи;
- адаптационное обучение инвалида и его семьи: персональному уходу (самообслуживанию), персональной сохранности, овладение социальными навыками;

Социально-средовая ориентация - это система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности.

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- социально-психологическую реабилитацию, проводимую в виде входной и итоговой психодиагностики, психокоррекционных занятий, тренингов и психологического консультирования;
 - обучение общению, социальной независимости социокультурными и спортивными средствами;
 - правовое консультирование по вопросам социальных гарантий, трудоустройства и др.;
 - обучение навыкам занятий физкультурой и спортом.
2. *Индивидуальная программа реабилитации инвалида*
 3. *Участие семьи. обучение членов семьи инвалида (информирование и консультирование по различным вопросам).*

Третье занятие.

1. *Консультирование по вопросу подбора и приобретения технических средств реабилитации;*
2. *Восстановление, выравнивание возможностей инвалидов в социокультурном самоутверждении; формирование навыков социального взаимодействия.*
3. *Организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей пациентов.*
4. *Организация занятости элементарным трудом и любительскими занятиями.*
5. *Помощь в подборе вспомогательных технических средств реабилитации и обучение пользованию ими.*

Четвертое занятие.

1. *Социально-бытовая реабилитация. бытовая реадaptация:*
2. *Адаптация пациента к окружающей среде, к быту, к жизни.*
3. *Восстановление социального статуса инвалида.*
4. *Способствование достижению социально-бытовой независимости, развитию и использованию способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению.*
5. *Помощь в восстановлении утраченных функций организма и независимость трудовых занятий.*

Образовательный модуль **«Музыкальная реабилитация (караокетерапия)»**

Первое занятие

Тема: Дыхательная гимнастика Стрельниковой.

С помощью гимнастики пациент научиться направлять вдох в нижнюю часть легких, что впоследствии поможет быстро поставить голос «на опору».

Кроме того, эта техника имеет общеоздоравливающий эффект.

Регулярное ее выполнение, позволяет стать здоровее и активнее.

Второе занятие

Тема: Голосовые регистры. Расширение диапазона.

Какие бывают регистры у голоса.

Как ими пользоваться.

Как их найти.

Как правильно переключать регистры — чем значительно расширите свой диапазон.

Как доставать те ноты, которые раньше казались за пределами.

Третье занятие

Тема: Голосовое интонирование.

Как научиться петь «чисто» — всегда попадая в мелодию.

Техника процесса интонирования помогает в трудные моменты себя контролировать.

Четвертое занятие

Тема: Как работать с песней.

Как разучить песню и спеть ее правильно.

С чего следует начинать, когда выбираешь песню, когда разучиваешь мелодию, слова.

На что нужно обращать внимание, чтобы процесс шёл быстро и легко, а песня зазвучала безупречно.

Пятое занятие (дополнительно)

Тема: Снятие психологических зажимов .

Как самостоятельно контролировать свое расслабленное состояние.

Как снимать страх.

Как раскрепощаться и свободно самовыражаться.

Через глубокую психологическую проработку можно избавиться от самых закоренелых страхов и зажимов голоса, тела, мысли.

Анимационные мероприятия

Конкурс-караоке «Наполним музыкой сердца».

Конкурсно-игровая программа «Когда весело всем».

Образовательный модуль **«Музыкальная реабилитация (музыкотерапия)»**

Первое занятие

Активные методы музыкальной терапии основаны на активной работе с музыкальным материалом: инструментальная игра, пение.

1. Изучение звукоряда до-мажор и на клавиатуре фортепиано
2. Дыхательные упражнения на дыхание, подготовка к пению длинных звуков определённой высоты
3. На клавиатуре фортепиано исполнение разных интервалов в пределах октавы (моторика пальцев рук)
4. Понятие лада. Мажор, минор. Прослушивание музыкальных отрывков соответствующих ладов.
5. Прослушивание музыки релаксации. Гармонизация психологического состояния (М. Мусорогский "Рассвет на Москва реке", Ф. Мендельсон Тихоня №4 1 часть, ДЖ. Россени Увертюра к оп. Сорока-воровка), Г. Малер симфония №5 (Адажио), Калининков симфония №1 первая часть.

Второе занятие

Активные методы музыкальной терапии основаны на активной работе с музыкальным материалом: инструментальная игра, пение

1. Понятие темпа ритма. Постукивание разных ритмов.
2. Дирижирование правой и левой рукой. (Развитие координаций)
3. Прослушивание музыки по данной теме Бизе-Щедрин "Кармен сюита"

Третье занятие

Интегративная музыкотерапия наряду с музыкой задействует возможности пластической драматизации под музыку

1. Знакомство с музыкальными инструментами симфонического оркестра Способы звукоизвлечения. И. С. Бах Сюита №2 Си-минор Шутка Vadinerie
2. Группа духовых инструментов. П. Чайковский Симфония №5 2 часть Гл. Тема (Валторна) П. Чайковский Сюита из балета "Лебединое озеро" 1 часть сцена (Гобой), 7 часть "Неополетанская песенка" (Труба)
3. Струнные инструменты. Я. Сибелиус Концерт для скрипки с оркестром 2 часть (фрагмент) П. Чайковский "Рококо" (Виолончели)
4. Группа ударных инструментов

Четвёртое занятие

Рецептивная музыкотерапия (пассивная) пациент в процессе музыкотерапевтического сеанса не принимает в нём активного участия, занимая позицию простого слушателя.

1. Создание музыкально-поэтического ряда средствами симфонического оркестра Г. Свиридов Музыка повести Пушкина "Метель", Римский - Корсаков Симфоническая сюита "Шахеризада" (Вся)

Образовательный модуль
«Информационные технологии»

Программа "начинающий пользователь" - 20 часов.

1. Устройство компьютера - 1 час.

Виды компьютеров.

Из чего состоит компьютер.

Какие функции выполняют разные клавиши.

Как управлять курсором.

Как выключать, включать и перезагружать компьютер.

2. Работа с файлами и папками - 3 часа.

Как создать, переименовать и удалить папку или файл.

Как копировать файлы и папки и менять их место на компьютере.

Как свернуть, развернуть и закрыть окно.

3. Текстовый редактор Microsoft Office Word - 5 часов.

Загрузка и настройка рабочего окна текстового редактора.

Открытие документа, создание и сохранение нового документа.

Редактирование текста.

Работа со шрифтами, выравнивание текста.

Вставка: рисунка, символа, рамок.

Создание таблицы, её оформление.

Оформление документов вставкой автофигур, объектов Word Art.

4. Текстовый редактор Microsoft PowerPoint - 3 часа.

Загрузка и настройка рабочего окна Microsoft PowerPoint.

Панель инструментов.

Создание слайдов.

Редактирование слайдов.

Набор текста, редактирование.

Анимация.

Создание презентации, показ слайдов.

5. Работа со съемными носителями - 1 час.

Запись информации с компьютера на съемные носители, со съемных носителей на компьютер.

Проверка съемных носителей на вирусы.

6. Интернет и электронная почта - 3 часа.

Выход в интернет.

Основные поисковые системы.

Поиск и просмотр информации, сохранение информации на компьютер.

Отработка навыков поиска в Internet.

Регистрация адреса электронной почты, вход в почтовый ящик, написание и отправка электронных писем, получение и прочтение.

7. Программа «Skype» 3 часа.

Загрузка программы.

Регистрация в программе.

Работа в программе: добавление абонента.

Телефонный звонок, видео звонок.
Отработка навыков работы в программе.

8. Портал государственных услуг 1 час.

Беседа о портале государственных услуг www.gosuslugi.ru.

Изучение основ регистрации простой и стандартной учетной записи.

Изучение основ пользования порталом государственных услуг.

ИТОГО часов 20.

Тест по итогам обучения (программа "начинающий пользователь").

1. Операционная система – это:
 - a) программа для управления компьютером.
 - b) название компьютера.
 - c) устройство для управления компьютером.
 - d) Микросхема.
2. Двойной щелчок мыши левой кнопкой используется для...
 - a) закрытия окна или папки.
 - b) открытия папки или файла.
 - c) выбора пункта в контекстном меню.
 - d) ни для чего.
3. Создать папку можно...
 - a) только на диске D.
 - b) только на рабочем столе и в уже созданных папках.
 - c) только в тех папках, в которых есть файлы.
 - d) где угодно.
4. Для перемещения файла в другое место нужно щелкнуть ... кнопкой по файлу и выбрать строку.
 - a) левой ... вырезать.
 - b) правой ... вырезать.
 - c) левой ... копировать.
 - d) правой ... копировать.
5. Ярлык – это...
 - a) файл, при помощи которого можно быстро создать нужную папку.
 - b) файл, при помощи которого можно быстро перейти в нужную папку.
 - c) текстовый документ, содержащий в себе путь к папке или файлу.
 - d) программа по работе с флешкой.
6. Что значит кнопка в правом верхнем углу любого окна - ?
 - a) развернуть окно во весь экран.
 - b) уменьшить размер окна.
 - c) свернуть окно.
 - d) развернуть окно.
7. Что нужно указать при сохранении файла?
 - a) режим сохранения и место, куда сохраняем файл.
 - b) место, куда сохраняем файл и время.
 - c) место, куда сохраняем файл и его имя.
 - d) имя файла и режим сохранения.
8. Что значит кнопка в правом верхнем углу любого окна - ?
 - a) развернуть окно во весь экран.
 - b) уменьшить размер окна.
 - c) свернуть окно.
 - d) закрыть окно.

9. Какие операции можно делать на флэшке?
- a) создание папок, создание текстовых файлов.
 - b) только создание папок.
 - c) только создание файлов.
 - d) любые операции, но только с существующими файлами и папками.
10. Для чего невозможно использовать папки?
- a) для хранения файлов.
 - b) для хранения папок.
 - c) для хранения фото.
 - d) для хранения текста.
11. Какой щелчок мыши надо использовать, чтобы применить команду «копировать» из контекстного меню?
- a) навести и подождать, щелкать не надо.
 - b) один щелчок левой кнопкой мыши.
 - c) двойной щелчок правой кнопкой мыши.
 - d) двойной щелчок левой кнопкой мыши.
12. MS Word – это...
- a) текстовый редактор.
 - b) база данных.
 - c) бухгалтерская программа.
 - d) фото редактор.
13. Google Shrome – это...
- a) поисковая система.
 - b) Браузер.
 - c) программа для просмотра видео.
 - d) текстовый редактор.
14. Сколько браузеров можно установить на компьютер?
- a) Один.
 - b) Три.
 - c) Не ограничено.
 - d) Пять.
15. Skype – это...
- a) Браузер.
 - b) Поисковая система.
 - c) Программа для интернет-звонков.
 - d) Электронная почта.

Образовательный модуль

«Прикладное творчество как средство восстановления мелкой моторики»

Первое занятие «Вышивка крестом»

Цель занятия: научить выполнению вышивки крестом по канве.

Задачи занятия: Познакомить участников с вышивкой крестом, её особенностями; совершенствовать умения и навыки при вышивке крестом;

Развить навыки работы в коллективе. Развитие таких качеств как познавательный процесс, логическое мышление, аккуратность, усидчивость, внимательность, взаимопонимание, самостоятельности, умение делать выводы.

План занятия:

1. Организационный момент.
2. Демонстрация приемов выполнения швов.
3. Выполнение учащимися практической работы.
4. Целевые обходы рабочих мест участников по выявлению:
 - a) Соблюдения правил по технике безопасности;
 - b) Правильности выполнения приемов вышивания;
 - c) Самостоятельности выполнения работ;
5. Сбор материала для заключительной части занятия;
6. Общие выводы по занятию;

Второе занятие «Лепка из соленого теста»

Тема: Лепка из солёного теста «Изготовление декоративного панно»

Цель: Развитие мелкой моторики, логического мышления, эстетического вкуса, умения лепить из соленого теста, художественного вкуса. Приобщение участников к декоративно-прикладному искусству, закрепление навыков лепки.

План занятия:

1. Рассказ педагога о соленом тесте, рецептах его изготовления, принципах работы с материалом.
2. Обучать участников сочетать частичное прямое подражание с самостоятельными действиями, выражающимися в придумывании и изготовлении декора для «колокольчика».
3. Обучать поэтапному выполнению работы;
4. Развивать у участников воображение;
5. Формировать у участников интерес к процессу и результату лепки;
6. Физминутка для кистей рук.
7. Выполнение работы участниками.
8. Оценка готовых изделий.

Третье занятие «Вязание крючком»

Цели: ознакомиться с основными видами петель, научить вязать салфетки.

Задачи:

1. Воспитательная:
 - настойчивости в преодолении трудностей, достижение поставленных задач;
 - формирование потребности в самообразовании и дальнейшем развитие умений и навыков в области вязании.
2. Развивающая:
 - развитие мелкой моторики;
 - способствовать формированию и развитию самостоятельности.
3. Обучающая:
 - ознакомить с техникой выполнения различного вида петель;

- научить вязать основные виды петель: начальная петля, воздушная петля, столбик без накида, полустолбик и столбик с накидом, столбик с двумя и тремя накидами.

Инструкционная карта

№	Выполняемая операция	Материал	Инструменты и принадлежности
1	Связать цепочку из 10 в.п. и замкнуть в круг соединит.ст.	х/б нитки	Крючок №1,5
2	3 в.п. подъема + 2 в.п., *1 ст.с/н в получившееся кольцо, 2 в.п., от*до*повторять 12 раз. Ряд закончить соединит.ст.	х/б нитки	Крючок
3	1 в.п. подъема + 10 в.п., 1 ст.б/н в следующий ст.с/н предыдущего ряда от крючка, 5 в.п., *1 ст.с/н в следующий ст.с/н предыдущего ряда, 10 в.п., 1 ст.б/н в следующий ст.с/н предыдущего ряда, 5 в.п.* , повторить 10 раз. Закончить соединит.ст.	х/б нитки	Крючок
4	Далее вязать по схеме	х/б нитки	Крючок
5	Готовую салфетку отпарить	Салфетка	Утюг

Четвертое занятие «Оригами»

Тема занятия: Изготовление кусудами «Колокольчик» в технике «Модульное оригами»

Техника: модульное оригами

Цель: научить изготавливать кусудами «Колокольчик» в технике «Модульное оригами».

Задачи:

1. Получить знания об искусстве «Кусудами» и свойствах бумаги: пластичностью, упругостью, прочностью. Продолжать закреплять практические навыки сгибания бумаги.

2. способствовать развитию мышления, внимания, практических умений и навыков работы, расширять кругозор, пассивно-активный словарь; развивать моторику пальцев, наглядно-логическое мышление, фантазию;

Оборудование:

1. Наглядные пособия (схема сборки, иллюстрации изделий)
2. Ножницы, клей, бумага, аудиозапись, изделия.

План занятия:

- 1) Орг. момент
- 2) Вводная беседа
- 3) Сообщение темы урока
- 4) Практическая работа участников:
 - а) разминка для рук, глаз
 - б) вводный инструктаж
- 5) Итог

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ К ПРОГРАММЕ
«ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ОБЩЕСТВОМ
ПАЦИЕНТОВ
И ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ УПРАВЛЕНИЯ»**

**К теме 1. Общие положения
социальной адаптации инвалидов и членов их семей**

Проблема реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

В настоящее время в целом сформирована правовая основа для разработки и реализации комплексных программ реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности. При этом важно подчеркнуть, что при наличии определенной специфики больные являются частью указанного контингента граждан, и в этом контексте проблема их реабилитации должна основываться на системном подходе, не отрываясь от вышеуказанной социально незащищенной группы населения.

Принятый в 1995 г. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм., внесенными Федеральным законом от 01.12.2014 N 419-ФЗ) определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов в России, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами России.

Среди нормативных актов, принятых во исполнение данного закона, следует, прежде всего, отметить постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.96 №1449 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры», которое непосредственно направлено на обеспечение для них безбарьерной среды жизнедеятельности.

Вместе с тем, значительная часть строящегося в настоящее время жилья, магазинов, поликлиник, больниц, других объектов социального обслуживания, транспортных сооружений, в том числе сооружений улично-дорожной сети, учитывают в основном только пользование ими здоровым человеком. Согласно полученным нами данным 2,5% жителей Самарской области, использующих в силу наличия заболеваний (травм) опорно-двигательной системы для передвижения кресла-коляски, костыли, другие специальные средства или постороннюю помощь, лишены возможности беспрепятственно пользоваться всеми этими сооружениями. Кроме того, следует учитывать интересы инвалидов с дефектами слуха и зрения, престарелых, значительная часть которых имеет заболевания опорно-двигательного аппарата и испытывает затруднения при пользовании перечисленными объектами и сооружениями.

В силу несовершенства применяемых ранее архитектурно-планировочных решений строящихся объектов эта часть общества испытывает серьезные затруднения или полностью лишена возможности беспрепятственного пользования существующим жильем, объектами торговли, здравоохранения, социального обслуживания, транспортными сооружениями, улично-дорожной сетью, в то время как статья 19 Конституции Российской Федерации гарантирует полное равноправие всех граждан страны.

Среди проблем реабилитации, т.е. возвращения к сравнительно полноценной активной жизни лиц с ограничениями жизнедеятельности нельзя не отметить и следующие. До настоящего времени не создана структура, которая помогла бы организационно и функционально объединить разрозненные усилия различных ведомств, образовательных учреждений, предприятий для решения указанной важнейшей социальной задачи. Отсутствует система подготовки кадров для реабилитационной работы.

Социальная поддержка инвалидов в настоящее время преимущественно сводится к материальной помощи, что необходимо, но недостаточно, что не нацеливает ни общество, ни самих инвалидов на использование потенциала их личности.

Таким образом, указанные проблемы можно разделить на два больших блока:

Социально-политическая часть.

1. Невыполнение существующих нормативных актов и законов (Постановления правительства РФ №890 от 30.07.1994, Федерального закона от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "О государственной социальной помощи", Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.03.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и др. законов законодательства о защите прав граждан и инвалидов в России, документов ООН о правах инвалидов).
2. Отсутствие закона о реабилитации инвалидов.
3. Отсутствие принятого закона о технических средствах реабилитации.
4. Отсутствие принятого федерального закона о социальной защите граждан РФ.
5. Отсутствие Федеральных целевых программ по РС.

Социально-экономическая часть.

1. Проблема медицинского обеспечения.
2. Проблема инвалидности.
3. Проблема молодежи.
4. Гендерные проблемы.
5. Проблема детской безнадзорности.
6. Проблема семьи, материнства и детства.
7. Проблема образования инвалидов.
8. Проблема занятости инвалидов.
9. Проблема детей-инвалидов.
10. Проблема жилья и «безбарьерной среды» для инвалидов.
11. Проблема обеспечения средствами реабилитации и гигиены.
12. Проблема оказания инвалидам доступных социально-бытовых услуг.
13. Транспортная проблема.

Указанное определяет необходимость создания территориальных программ реабилитации инвалидов, основными направлениями которых должны являться следующие:

- организация государственной службы реабилитации инвалидов;
- создание и развитие учреждений медико-социальной реабилитации, обеспечивающих полное удовлетворение потребностей инвалидов в данном виде помощи;

- создание банка данных о потребностях различных групп инвалидов в различных реабилитационных мероприятиях;
- совершенствование форм работы органов и учреждений системы образования, социальной защиты населения, труда и занятости по профориентации лиц с ограниченными возможностями, их профобучению и дальнейшему содействию в рациональном трудоустройстве;
- обеспечение занятости инвалидов посредством оказания содействия предприятиям всех форм собственности в организации специальных рабочих мест;
- разработка при проектировании и строительстве новых, реконструкции и капитальном ремонте существующих объектов социальной инфраструктуры научно-методической и нормативно-технической документации, обеспечивающей создание безбарьерной среды для лиц с ограниченной жизнедеятельностью;
- проведение мониторинга по определению потребностей в реконструкции и переоборудовании объектов социальной и транспортной инфраструктуры согласно плотности проживания инвалидов определенных категорий, расположения производств и общественных организаций инвалидов;
- развитие реабилитационной индустрии, изготовление технических средств реабилитации для инвалидов;
- совершенствование системы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и приспособлениями, облегчающими им жизнь;
- создание условий доступного пользования транспортом для инвалидов (модернизация, приспособление транспортных средств, сооружений улично-дорожной сети);
- развитие социально-культурной сферы и спорта инвалидов как средства их реабилитации и интеграции в общество;
- подготовка специалистов по вопросам медико-социальной, профессиональной и психологической реабилитации инвалидов;
- совершенствование правового и методического обеспечения системы реабилитации инвалидов (разработка и издание сборников нормативных и методических документов, стандартов деятельности реабилитационных учреждений и др.);
- реализация индивидуальных программ реабилитации (ИПР) инвалидов, включающих предоставление им гарантированного перечня реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Основными функциональными блоками, позволяющими реализовать указанные мероприятия, представляются следующие:

1. Организационный (за который отвечают департаменты социальной защиты, здравоохранения, науки и образования областных администраций и органы местного самоуправления), подразумевающий научно-методическое обеспечение экспертно-реабилитационной деятельности (разработка и внедрение современных реабилитационных технологий, документации по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности, проведение мониторинга по определению потребностей инвалидов, единого банка данных).

2. Совершенствование деятельности службы медико-социальной экспертизы, включая разработку и реализацию программ реабилитации, создание отделений функциональной диагностики, укрепление материально-технической базы.
3. Совершенствование медицинской реабилитации, в т.ч. обеспечение проведения восстановительной терапии, реконструктивной хирургии (включая эндопротезирование, операции на сердце и сосудах) и др.
4. Совершенствование социальной реабилитации, в т.ч. обеспечение инвалидов вспомогательными техническими средствами, техническими средствами медицинской реабилитации, спецтранспортом; приобретение оборудования для обучения инвалидов навыкам самообслуживания; организация пунктов проката технических средств; реабилитация на базе центров медико-социальной реабилитации при учреждениях социальной защиты, организация реабилитации средствами физической культуры и спорта: проведение социально-культурной реабилитации (в т.ч. организация магазина по продаже художественных изделий инвалидов, содействие в издании произведений авторов-инвалидов, проведение фестивалей творчества инвалидов, выставок, конкурсов).
5. Профессиональная реабилитация – профориентационные консультации психологов, содействие в трудоустройстве безработных инвалидов, в организации ученических рабочих мест в реабилитационных центрах, профобучение безработных инвалидов, содействие в организации собственного дела, направление безработных инвалидов на временные и общественные работы, создание координирующего центра профессиональной ориентации и трудовой адаптации, материально-техническое обеспечение образовательного процесса (в т.ч. в условиях школьного индивидуального обучения), формирование банков данных о вакантных трудовых местах для инвалидов, об инвалидах, нуждающихся в трудоустройстве, о наличии учебных мест для подготовки и переподготовки инвалидов.
6. Развитие сети реабилитационных учреждений.
7. Создание условий для обеспечения беспрепятственного передвижения и доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры и обеспечение их специальным жильем.
8. Развитие реабилитационной индустрии.
9. Кадровое обеспечение – подготовка кадров, проведение постоянно действующих семинаров по технологиям медико-социальной реабилитации, региональных, российских, международных конференций, конкурсов среди работников реабилитационных учреждений.

Особо остановимся на следующем положении: для того, чтобы все перечисленные выше мероприятия не были разрозненными, а носили системный характер, необходима единая информационная основа (единое информационное пространство) на базе компьютерных технологий. Оно представляет собой взаимосвязанную систему банков данных как о субъектах реабилитации, так и о структурах (объектах) и средствах, используемых для достижения основных целей реабилитации, и объединяет структуры, принимающие участие в реабилитационном процессе, предусматривая их доступ к информации, содержащейся в банках данных. Единое информационное пространство позволит обеспечить работу всех государственных и общественных организаций, участвующих в реализации

индивидуальных программ реабилитации, в системе унифицированных технологий, обеспечивающих единство реабилитационного процесса.

В состав единого информационного пространства возможно включение следующих банков данных, создание которых целесообразно как на уровне района (города), так и по области в целом:

- банк данных лиц, проходящих освидетельствование в государственной службе МСЭ;
- банк данных о потребностях инвалидов в отдельных видах реабилитации;
- банк данных о структурах, участвующих в процессе реабилитации с указанием сферы ответственности за выполнение отдельных мероприятий ИПР;
- банк данных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;
- банк данных предприятий региона, применяющих труд инвалидов;
- банк данных учебных заведений и учебных мест для обучения (переподготовки) инвалидов;
- банк данных об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации, и архитектурно-планировочными устройствами и приспособлениями;
- банк данных о видах и формах медицинской реабилитации, определенных базовой программой и ИПР;
- банк данных санаторно-курортных учреждений;
- банк данных общественных организаций инвалидов и мер содействия им;
- банк данных юридических услуг, оказываемых инвалидам в рамках выполнения ИПР, а также защиты их прав и интересов;
- банк данных спортивных и культурно-просветительных мероприятий, в которых возможно участие инвалидов, и другие.

Работа в едином информационном пространстве создает предпосылки для активного участия в реабилитационном процессе всех структур, которые непосредственно осуществляют реализацию ИПР, что обеспечит ее реальность, исключит абстрактный, оторванный от жизни характер ИПР, обеспечит прозрачность экономических затрат, позволит определить приоритеты оказания социальной помощи в зависимости от потребностей инвалидов и возможностей региона.

При разработке конкретных мероприятий, направленных на реализацию вышеуказанных звеньев реабилитационного процесса, необходимо четко определить ее парадигму, которая должна стать основой идеологии и целеполагания всех заинтересованных структур.

В настоящее время распространены медицинская и социальная модель понимания инвалидности.

Медицинская модель определяет инвалидность как наличие у человека какого-то дефекта или утрату человеком какой-либо функции. Следовательно, проблемы, которые возникают у инвалида, вызваны имеющимся у него дефектом или утратой определенных функций. Поэтому решение проблем инвалида заключается в его лечении и реабилитации, направленных на устранение имеющихся у него дефектов и восстановление утраченных функций с целью приспособить инвалида для жизни в обществе.

Рассматриваемая модель понимания инвалидности приводит в конечном итоге к нарушению основных прав инвалидов. Установка на то, что инвалид должен

приспосабливаться к окружающей его социальной среде, влечет за собой признание неполноценности инвалида по сравнению с другими людьми. Неполноценность инвалида заключается в том, что он не подпадает под определенные нормы, которые распространяются на обычных людей. На основе этого делается вывод о том, что инвалиды являются иждивенцами, не могут работать, не могут посещать обычные школы, не должны иметь детей и т.д.

Признание неполноценности инвалидов и рассмотрение их в качестве объекта постоянного лечения и реабилитации привело к гиперболизации той роли, которая отводится в жизни инвалидов медицинским работникам. Руководя лечебно-реабилитационным процессом, медицинские работники принимают решения по важнейшим вопросам жизни инвалида, исходя при этом из того, что сам инвалид вследствие своей неполноценности эти вопросы решить не может. Подобный подход приводит к тому, что жизнь инвалида регламентируют другие люди, лишая его возможности самостоятельно принимать решения. В результате инвалид лишается возможности вести независимую жизнь и самостоятельно распоряжаться своей судьбой.

Медицинская модель понимания инвалидности ведет к изоляции и сегрегации инвалидов, что нарушает их конституционные права, в частности: право на достоинство личности, право не подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию (ст. 21 Конституции РФ); право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22 Конституции РФ); право на неприкосновенность частной жизни (ст. 23 Конституции РФ); право на неприкосновенность жилища (ст. 24 конституции РФ); право свободно передвигаться по Российской Федерации, выбирать место пребывания и место жительства (ст. 27 Конституции РФ); право участвовать в управлении делами государства, быть избранным в органы государственной власти и местного самоуправления, право на равный доступ к государственным должностям, право участвовать в отправлении правосудия (ст. 32 Конституции РФ); право на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательства и иной, не запрещенной законом экономической деятельности (ст. 34 Конституции РФ); право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию (ст. 37 Конституции РФ); право на воспитание детей (ст. 38 Конституции РФ); право на образование (ст. 43 Конституции РФ); право на участие в культурной жизни и пользование учреждениями культуры, на доступ к культурным ценностям (ст. 44 Конституции РФ).

Применение медицинской модели понимания инвалидности привело к тому, что долгие годы единственным способом решения проблем инвалидов было использование традиционных инструментов социального обеспечения населения – предоставление пенсий, пособий, различных льгот, а также социального обслуживания.

В отличие от предыдущей социальной модели понимания инвалидности была разработана инвалидами и их организациями в последние десятилетия XX века. Согласно социальной модели отсутствие у человека полностью или частично конечности, органа или функции тела является нарушением. Инвалидностью считается частичное или полное ограничение деятельности, вызванное организацией современного общества, которое полностью или практически полностью не считается с людьми, имеющими нарушения, и тем самым исключает их из участия в полноценной деятельности общества.

Таким образом, наличие у человека какого-либо нарушения не делает его не равным по сравнению с человеком, не имеющим нарушения. У человека с нарушениями есть такие же потребности, желания, стремления. Соответственно он

имеет право на реализацию всех гарантированных каждому человеку конституционных прав. Однако современное социальное устройство общества, ориентированное в общей степени на медицинскую модель инвалидности, не предоставляет возможностей по их реализации в полном объеме. Вследствие чего, на наш взгляд, проблему инвалидности следует решать следующим образом: ликвидация барьеров, мешающих инвалидам жить полноценной жизнью, а именно, физических (неприспособленность объектов социальной инфраструктуры для доступа инвалидов, отсутствие технических средств, облегчающих жизнь инвалидам, недоступность информации из-за отсутствия сурдоперевода и тифлоперевода и т.п.), организационных (неадаптированность для инвалидов учебных программ, условий труда и т.п.), психологических (негативное отношение в обществе к инвалидам) и других. Ликвидация перечисленных барьеров приведет к тому, что люди с физическими, сенсорными или умственными нарушениями будут интегрированы в общество и смогут реализовывать имеющиеся у них возможности, приносить обществу пользу, учиться, работать, иметь семью, участвовать в общественно-политической и культурной деятельности.

Следующая базовая предпосылка социальной модели исходит из того, что инвалиды, как и все другие люди, время от времени нуждаются в медицинской помощи. Таким образом, медицинским работникам должна отводиться в жизни инвалида такая же роль, какая отводится в жизни других людей. Следовательно, медицинские работники не должны решать за инвалида, как ему жить, и рассматривать его не как бесправного пациента, а как полноправного потребителя их услуг.

На основании вышеизложенного следует вывод, что в отличие от медицинской модели социальная исходит из принципа равенства прав инвалидов с другими людьми. Поэтому частью деятельности государства, направленной на обеспечение их равенства, должно быть принятие законодательства, закрепляющего это равенство.

Необходимость разработки такого законодательства поднимает вопрос о том, каким способом должно обеспечиваться равенство инвалидов с другими людьми? На сегодняшний день как в национальном, так и в международном праве существует единое понимание правовой природы принципа равенства. Интерпретация же этого принципа может быть различна.

Выделяют три основных способа понимания равенства – формальное равенство, равенство результатов и равенство возможностей.

Формальное или юридическое равенство запрещает прямую дискриминацию. Целью данного подхода является не допустить принятие потенциальным дискриминатором решений, принимающих во внимание такие характеристики как раса, пол, инвалидность или сексуальная ориентация. Формальное равенство требует игнорировать подобные характеристики, поскольку считается, что неравное обращение с людьми на основе этих характеристик является негативным стереотипом. Подобный подход отвечал требованиям защитников прав инвалидов, которые пытались опровергнуть медицинскую модель понимания инвалидности и утверждали, что инвалидность не является проблемой. Однако для достижения равенства инвалидность должна учитываться, когда речь идет, например, о приспособлении объектов социальной инфраструктуры для доступа инвалидов или изменении условий труда для инвалидов. Предоставление равного доступа к благам общества для всех его членов требует учета различий, которые существуют среди членов этого общества. Возникает моральная дилемма, когда речь идет о физиологических различиях. Игнорирование различий помогает побороть связанные с ними негативные стереотипы. Однако ценой этому является не

принятие во внимание реальной ситуации, связанной с различиями. Учет различий при принятии решений позволяет, чтобы эти решения соответствовали той реальной ситуации, которая связана с указанными различиями. Однако потенциальной ценой этого подхода является закрепление ложных представлений о природе различий.

Равенство результатов рассматривает инвалидность с точки зрения конечного результата. Например, если работающий инвалид получает одинаковую зарплату по сравнению с обычным работником, но при этом имеет большие потребности, вызванные его инвалидностью, то с точки зрения этого подхода такой инвалид считается дискриминированным. В основе такого понимания равенства лежит теория прав человека, согласно которой все люди имеют равную ценность и равное человеческое достоинство. Эта теория закрепляет требование о равном распределении общественных ресурсов, поскольку не может быть оправдания для ситуации, когда равные люди неравномерно владеют этими ресурсами.

При применении принципа равенства результатов на практике, тем не менее, возникают очень серьезные проблемы. В первую очередь, необходимо решить вопрос об ответственности. Кто несет ответственность за удовлетворение нужд человека – государство или частный сектор? Во-вторых, равенство результатов требует наличия сильного социального государства, которое может препятствовать реализации идеологии рыночной экономики. В то же время равенство результатов может закрепить принцип несправедливости, поскольку центром внимания этого подхода является равный результат, а не равное обращение с людьми. Поэтому, например, сегрегационное обучение детей-инвалидов будет признано законным, если специальные школы дают образование такого же качества, как и общеобразовательные школы. Таким образом, если мы примем равенство результатов как единственный путь понимания равенства, то требование об обучении детей-инвалидов в общеобразовательных школах может быть признано незаконным.

Равенство возможностей уступает первым двум концепциям в том смысле, что оно обеспечивает равные шансы, но не равные результаты. Поэтому, равенство возможностей будет совместимо с рыночной экономикой. Парадигма равных возможностей рассматривает стереотипы и структурные барьеры как препятствие для включения индивида в жизнь общества. Следовательно, инвалидность должна игнорироваться, когда действия основаны на стереотипах (запрет дискриминации по признаку инвалидности), но должна учитываться, когда речь идет об изменении окружающей среды и организации жизни общества для интеграции инвалидов (принятие специальных мер, предусматривающих преимущества для инвалидов). Таким образом, обеспечение равенства складывается из двух составляющих – недискриминации и создании определенных преимуществ для инвалидов.

Ключевым термином рассматриваемого подхода является понятие «разумное приспособление». Этот термин был разработан в США в 70-ых годах и принят в других странах мира (Americans... , 1990). Легальное определение понятия «разумное приспособление» дано в законе США 1990 года «Об инвалидах». Разумное приспособление требует, чтобы работодатель приспособил рабочее место и условия труда для квалифицированного работника с инвалидностью, если это не будет представлять для него значительные трудности или требовать значительных материальных затрат. Разумное приспособление может включать в себя: а) приспособление производства, которым владеет работодатель, для доступа инвалидов и возможности работать на этом производстве; б) изменение структуры работы, неполное рабочее время или иное изменение порядка рабочего дня, перевод на вакантные должности, приобретение или изменение оборудования и инструментов, необходимая адаптация или изменение экзаменов, учебных

материалов или учебной политики, предоставление квалифицированных чтецов или переводчиков и другие подобные изменения для инвалидов. Следует отметить, что принцип разумного приспособления действует не только в сфере труда.

В настоящее время в разных странах мира (Австралия, Великобритания, Канада, Новая Зеландия, США, Филиппины) концепция равенства возможностей наиболее часто по сравнению с другими концепциями равенства применяется в законодательстве об инвалидах (Государственный... , 2001). Одна из причин этого, среди других, заключается в том, что данная концепция равенства наиболее совместима с рыночной экономикой, которая сейчас стала глобальной экономической моделью. С тех пор, как законодательство о гражданских правах обеспечивает равные возможности для меньшинств и иных, ущемленных в своих правах групп, открылись широкие возможности для тех, кто не способен конкурировать на рынке. Отсутствие такого законодательства приводило к тому, что деятельность на свободном рынке порождала неудовлетворительные результаты для инвалидов. Сейчас целью концепции равных возможностей является изменения понятия капиталистического рынка. Эта цель может объяснить, почему те, кто не был выгодополучателем рыночной экономики в прошлом, поддерживают эту промежуточную модель равенства.

Применение принципа равных возможностей по отношению к инвалидам привело к тому, что в мировой практике термин «инвалид» стал постепенно вытесняться другим термином – «человек с ограниченными возможностями».

Вместе с тем, практическая реализация мероприятий и услуг в сфере медико-социальной реабилитации инвалидов в соответствии со сложившейся практикой и действующей нормативной базой осуществляется через реабилитационные учреждения, учреждения социального обслуживания за счет средств, выделяемых ежегодно из федерального бюджета (в том числе в рамках Фонда компенсаций), ресурсов субъектов РФ, а также средств обязательного медицинского и социального страхования.

В связи с этим в 2003 г. представителями общественных организаций инвалидов был подготовлен проект федерального закона, которым, в частности, предусматривается:

- Установление на уровне Правительства РФ федерального базового перечня реабилитационных мероприятий, включая предоставление технических средств и услуг, реализуемых для инвалидов бесплатно; осуществлять его финансирование за счет средств федерального бюджета (65%), бюджетов субъектов РФ (25%), средств обязательного медицинского и социального страхования (10%) в пределах ежегодно предусматриваемых на эти цели ассигнований. При этом расходные полномочия субъектов РФ по финансированию федерального перечня будут возмещаться из федерального бюджета в виде целевых субсидий на реализацию Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

- Предоставление права субъектам РФ с учетом социально-экономических, климатических и иных особенностей дополнительно к федеральному перечню утверждать территориальные перечни.

- Определение механизма реализации реабилитационных мероприятий (через разработку каждому инвалиду индивидуальной программы реабилитации, исходя из состояния его здоровья реабилитационных возможностей). Предполагалось, что реализация законопроекта не потребует дополнительных затрат из бюджетов всех уровней, так как будет осуществляться в пределах средств, предусматриваемых ежегодно в федеральном бюджете и бюджетах субъектов РФ. Законопроект был поддержан органами исполнительной власти субъектов РФ, а также всероссийскими общественными организациями инвалидов.

В результате Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ в статью 10 ФЗ «О социальной защите инвалидов» была введена гарантия, предоставляемая государством инвалидам на проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Сам Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду был утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 г. № 2347-р. В указанный федеральный перечень были включены реабилитационные мероприятия: восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов, обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации), Технические средства реабилитации такие как опорные трости, кресла-коляски, ортопедическая обувь, специальная одежда, специальные устройства для чтения "говорящих книг", для оптической коррекции слабовидения, собаки-проводники и многое другое, а также услуги в виде ремонта технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия, содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации), предоставление услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу).

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний. Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

Статьей 11 (введенной в 2004 г.) предусмотрено финансирование расходных обязательств по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, в том числе изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации. Предусмотренные индивидуальными программами реабилитации инвалидов технические средства реабилитации, предоставленные им за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации, передаются инвалидам в безвозмездное пользование.

Механизм финансирования такой помощи за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и государственных внебюджетных фондов. должен способствовать предоставлению инвалидам технических средств и услуг в полном объеме (израсходованные на эти цели средства субъектов РФ будут учитываться при определении размеров финансовой поддержки из федерального фонда и предусматриваться отдельной строкой в законе о федеральном бюджете РФ).

В современных условиях задача общественных организаций инвалидов сводится к следующему: добиваться, чтобы федеральный базовый перечень постоянно расширялся. В частности, Всероссийская организация инвалидов

предложила часть 2-ю статьи №1 закона изложить в следующей редакции: «Федеральный базовый перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалидам бесплатно, ежегодно утверждается Правительством РФ с участием общероссийских общественных организаций инвалидов».

Таким образом, термин реабилитация инвалидов должен, прежде всего, подразумевать их социализацию в обществе, и при этом одним из условий является медицинская поддержка человека с ограниченными возможностями.

С учетом этого мы считаем возможным выделить следующие направления реабилитационного процесса:

Психо-социальная реабилитация, которая предполагает работу психологов индивидуально с человеком с ограниченными возможностями, членами его семьи, супругами, детьми, сослуживцами, обеспечение психологической совместимости между инвалидом и окружающей его социальной средой.

Социально-медицинская реабилитация, включающая в себя оказание всех видов медицинских услуг за исключением оперативных вмешательств и терапии острых и угрожаемых состояний.

Социально-бытовая реабилитация, предоставляющая собой комплекс бытовых услуг, возможность пользования инвалидом жилыми, нежилыми и административными помещениями, улицами, общественным транспортом в контексте концепции «безбарьерной среды», социальные выплаты, своевременное обеспечение техническими средствами реабилитации и гигиены, другими видами социальной помощи.

Профессиональная реабилитация, подразумевающая изучение вопросов профпригодности, профдиагностики, профобразования, обучения или переобучения инвалидов, восстановление или овладение навыками самообслуживания или профессиональных действий, поиск или организацию рабочих мест (в том числе организация предприятий инвалидов).

Гражданско-правовая реабилитация, которая предполагает не только пассивное овладение знаниями инвалидов о своих правах и льготах, но и предоставление активных механизмов достижения законности по вопросам реабилитации инвалидов. Кроме того, общественные организации и другие объединения инвалидов могут самостоятельно включаться в законотворческий процесс, отстаивая конституционные права своих членов.

Уровни проведения реабилитационного процесса предполагают работу с различными категориями реабилитируемых: а) внутрисемейная реабилитация – индивидуально с самим инвалидом, членами семьи инвалида (отдельно супружеская часть реабилитации), детьми инвалидов; б) реабилитация в трудовых коллективах, во внесемейном окружении инвалида.

К теме 2. Возможности общественного участия в реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Как мы говорили выше, формой соорганизации общественности для оказания помощи пациентам являются некоммерческие неправительственные общественные организации (НКО, ННО, НГО).

Смыслом существования некоммерческой организации является общественное участие – в общественной жизни, государственном (и муниципальном) управлении, профессиональных и досуговых сферах.

НКО, с одной стороны, удовлетворяют запрос общественности на самоорганизацию, те или иные виды деятельности и услуг, взаимной помощи, с другой - являются связующим звеном между обществом и государством, обществом и различными секторными структурами – бизнеса, профессиональных сфер и тд., проводником информации, делегатом общественности в органах власти и в социальных структурах. А с третьей стороны НКО являются катализаторами и организаторами процессов и структур, создаваемых в интересах целевых групп.

Они привлекают внимание, ставят задачи, вовлекают социальных партнеров и их ресурсы. Работа НКО гибко оптимизирует социальную организацию общества, гуманизируя управление и перераспределяя ресурсы общества и государственной системы в соответствии с запросами локальных групп, нуждающихся в поддержке или готовых оказывать таковую. То есть НКО содействуют созданию социального капитала и способствуют наиболее оперативному и эффективному его вложению.

Таким образом, деятельность пациентских НКО, направленная на помощь пациентам, и организующая общественное участие в решении проблем, является еще и общественно полезной в самом широком смысле. Благодаря ей люди, нуждающиеся в помощи, не только получают ее как пассивные иждивенцы, но и сами оказывают услуги обществу и государству, реабилитируя себя как активных и социально эффективных граждан.

Благодаря общественному участию не только выявляются и решаются проблемы, но усиливаются сами НКО – субъекты выражения мнения пациентов, помощи пациентам, реабилитации пациентов, субъекты общественного участия.

Структуры, подобные Нейроцентру «Береза», Центру семейной реабилитации инвалидов, создаются именно на основе общественного участия в государственном управлении. И в отсутствие иных устойчивых источников получения значительных финансовых и материальных средств, могут создаваться только на основании общественного участия.

В этой связи, деятельность НКО, в том числе направленная на социальную реабилитацию пациентов, инвалидов должна быть ориентирована на организацию общественного участия НКО в самом широком социальном смысле.

В свете оказания медицинской и социальной помощи инвалидам наиболее важным партнером НКО является государство. Здесь находятся точки принятия решений и основные ресурсы помощи пациентам.

В этой связи участие НКО в принятии и реализации государственных (муниципальных) властных решений является важнейшей задачей полноценно действующей НКО.

Тем более, что как было сказано выше эта деятельность сама по себе является важным средством профессиональной, социальной, статусной, интеллектуальной, психологической реабилитации.

Сегодня основной формой общественного участия, предлагаемого государством российскому обществу, является гражданский или общественный

контроль. Для того чтобы быть эффективными, НКО должны понимать суть этого способа общественно-государственного взаимодействия.

Проблема Гражданского Контроля сегодня является одной из наиболее сложных тем, обсуждаемых гражданским обществом, политиками, властными структурами и представителями бизнес-сообщества.

Попытка Власти представить понятие «Гражданского контроля» как часть глоссария создаваемой Государством «Антикоррупционной Системы» не находит полного понимания у широкой общественности. Невольно возникает ощущение некой иррациональности: Власть вместо того, чтобы ввести неотвратимость наказания для виновных и контролировать систему здравоохранения посредством расширения полномочий имеющегося обширного инструментария – от Прокуратуры и счетной Палаты до Росздравнадзора и МВД – прикладывает усилия для формирования «Системы Гражданского Контроля», основой которого являются непрофессионалы, случайные люди, объединенные по стечению обстоятельств общими проблемами, ценность которых заключается только в том, что эти «свои проблемы» они знают «изнутри».

Действительно, начиная с 2008 года, обозначаемая Властными структурами заинтересованность в участии представителей Гражданского Общества в обсуждении принятых чиновниками решений развивается в экспоненциальной прогрессии: Президент РФ, его Полномочные Представители в округах, парламентарии, Правительство РФ, министерства и ведомства федерального, а затем регионального уровней – все объявили в том или ином виде о создании каких-либо общественных площадок при своей структуре.

Чаще всего такие «площадки» назывались «советами» и несли со стороны общественности информационно-представительскую функцию, что при реальной деятельности таких «советов» приносило значительную пользу органу власти, при котором этот Совет действовал.

Сами чиновники также научились грамотно использовать возможность Советов, пытаясь с одной стороны манипулировать общественным мнением, а с другой привлекать членов Советов в качестве общественных экспертов, что в ряде случаев повысило качество принимаемых ведомствами решений и позволило Власти начать возвращать доверие граждан.

По какой-то причине, именно работа переговорных площадок при властных структурах легла в основу разрабатываемого Общественной Палатой РФ текста законопроекта «Об общественном контроле», частным случаем которого является Гражданский Контроль в сфере здравоохранения.

Сама идея ужесточения контроля в сфере здравоохранения продиктована недовольством граждан (более 60% населения) существующей системой оказания медицинской услуги, низким качеством медицинской помощи, нехваткой квалифицированных кадров в здравоохранении (дефицит кадров в госпитальном звене оценивается до 20%, в амбулаторном – до 35%), ветхостью оборудования больниц (особенно в сельской местности), недоверием врачей и пациентов к качеству многих лекарственных средств.

Усугубляют ситуацию периодические скандалы вокруг коррупции в сфере здравоохранения, иски граждан по поводу ненадлежащего исполнения своих обязанностей специалистами, а также противоречия функционала медицинских работников с приказами органов управления здравоохранением на местах.

Учитывая сложившуюся непростую ситуацию в отрасли, а также значительный рост активности пациентских организаций и представителей медицинского сообщества, вполне логичным выглядят два важных вывода: во-первых, существующие органы контроля здравоохранения недостаточно

эффективны и их надо усиливать; во-вторых, необходимым является развитие и узаконить дополнительную общественную форму контроля (в том числе в сфере здравоохранения), подчинив его определенным общим правилам и установкам с приданием ему статуса «регулируемого Государством инструмента контроля исполнения федеральных и региональных правовых актов».

За рубежом сектор негосударственных организаций (НГО) гораздо больше развит, чем в России и имеет значительный вес в социальной политике государства. НГО, занимающиеся проблемами «общественного здоровья» и социальной помощи гражданам, имеющим проблемы со здоровьем стоят на первом месте среди общественных организаций и составляют от 36% в Европейских странах до 28% в США от общего числа НГО. Совокупные активы «здравоохранительных» НГО в США составляет примерно 213 млрд долларов, а привлеченные государственные средства в виде грантов – чуть больше 6,8 млрд долларов (данные на 2011 год), из которых более 40% приходится «общественное здоровье как помощь гражданам, имеющим проблемы со здоровьем».

Западные государства достаточно четко определили место организованной общественности в структуре общества: «здравоохранительные» НГО считаются не только важной политико-экономической частью общественного устройства, но и носителем базовых принципов терпимости к людям, которые «не такие как все».

Идеология «равенства свобод и равенства возможностей» для граждан с различными ограничениями физических возможностей является важнейшей директивной частью внутренней политики развитых стран.

НГО, занимающиеся поддержкой социально незащищенных групп населения в развитых западных странах, часто финансируются за счет различных государственных программ, имеют привилегии в размещении своих материалов в СМИ, а также поддерживаются административно, например, введением системы разнообразных льгот и поощрений как для самих НГО так и для бизнес-компаний, которые занимаются пожертвованиями на деятельность этих НГО.

Кроме того, сами органы власти являются в большинстве случаев заявителями проведения благотворительных аукционов, лотерей, массовых спортивных мероприятий, действуя в интересах НГО, формируя свои мероприятия с учетом возможностей привлечения внимания бизнес-сообщества и простых граждан к проблемам тех или иных нуждающихся групп населения.

Гражданский контроль в этих странах сводится к исполнению НГО своей уставной деятельности, т.е. наиболее полному охвату обозначенной категории граждан и обеспечению их максимальным перечнем услуг и контролем за правильным и качественным предоставлением услуг данной категории людей третьими лицами и организациями, а также получение обратной связи и оценки от лица-реципиента данной услуги относительно ее полноты и качества исполнения.

Подобные организации внесены в специальный регистр НГО, причем представленность одной социальной проблемы несколькими «однопрофильными» НГО не приветствуется, а в некоторых странах, например в Великобритании, Государственные структуры сами учреждают профильные НГО (например, по защите прав пациентов больных рассеянным склерозом), назначают директора, готовят функционал сотрудников, передают в НГО ресурсы. В итоге, все проблемы группы пациентов или инвалидов органы власти адресуют в профильную НГО, деятельности которой доверяют. В этом случае НГО может выполнять в том числе и некоторую контрольную функцию в рамках своего Устава. Подобного рода общественно-государственное устройство приводит к тому, что практически все решения, касающиеся судьбы тех или иных категорий граждан принимаются органами Государственной Власти с участием представляющих НГО на

переговорных площадках. В подготовке решений Власти с Гражданским обществом участвуют как правило и представители бизнес-сообщества. Законотворческие инициативы же в обязательном порядке проходят через «сито общественного мнения» с проведением целого ряда длительных заседаний согласительных комиссий, после чего, если все стороны удовлетворены, законопроекты (а в ряде стран подобные процедуры касаются и некоторых распоряжений Правительства) представляются в Парламентах.

В России Гражданское общество молодое и развивается как и положено молодому социальному организму не вполне гармонично. На смену акцентированного развития общественных научных организаций и общественных организаций инвалидов, больше характерных для времен СССР и России образца до 2000 года, пришли организации медицинских работников и профильные объединения пациентов, имеющие более узкий охват целевых групп граждан, но значительно более высокую степень проработки программы защиты прав своих подопечных. Для придания большего веса своим инициативам «медицинские общественные организации» эволюционировали в Медицинскую Палату России, а общества пациентов – во Всероссийский Союз Пациентов (ВСП).

Именно ВСП явилось инициатором темы гражданского контроля (ГК) в сфере здравоохранения, предложив свою рабочую модель ГК Министерству Здравоохранения РФ в 2011 году. Кстати, упомянутая модель ГК в сфере здравоохранения к тому времени уже насчитывала 5 лет и была опробована Общероссийской общественной организацией инвалидов больных рассеянным склерозом в 68 регионах РФ именно на проблеме обеспечения пациентов, страдающих рассеянным склерозом дорогостоящими лекарственными препаратами. Результаты оказались оптимистическими: организовано ведение регистров больных, выросло количество рано-диагностируемых пациентов в 2,3 раза, увеличилось количество пациентов, получающих профильную терапию почти в 3,8 раза, улучшилось оснащение клиник, появились специализированные школы для пациентов, неврологов и сестринского персонала – до 1000 обучаемых в год, сократился срок запаздывания обеспечения препаратами с 3 месяцев до нуля, сократился лист ожидания терапии более, чем в 5 раз (в 1500 человек до примерно 270 по России), в несколько раз уменьшились товарные остатки на конец года, со стороны пациентов повысилась приверженность терапии с 52% до 87-96%. При этом основными инструментами общественников, которые назывались «Уполномоченные общественные эксперты (УОЭ)» являлись: базовое Соглашение профильной общественной организации с Федеральной Службой по надзору в сфере здравоохранения РФ (Росздравнадзором) о предоставлении общественным экспертам затребованной ими у органов здравоохранения, складов, аптек и больниц информации по профилю деятельности УОЭ и переговорные площадки, которыми явились Советы по защите прав пациентов при территориальных органах Росздравнадзора (опять-таки инициатива ВСП).

Фактически прототип системы ГК в сфере здравоохранения был опробован во всероссийском масштабе самим пациентским сообществом ВСП и предложен в качестве рабочей модели органам Власти. Власть, помимо более ранних заверений о всесторонней поддержке развития гражданских институтов и организации Общественной Палаты, отреагировала созданием многочисленных Советов при исполнительных органах, озаботилась повышением контроля и ужесточением мер пресечения в сфере здравоохранения, внесла целый ряд совместных с ВСП предложений по правкам в новые Федеральные Законы 61 и 323, стала активно привлекать членов пациентских организаций к законотворческой и экспертно-консультативной деятельности. Апофеозом про-гражданской активности властей

можно считать попытку выработки законопроекта «Об общественном (гражданском) контроле в Российской Федерации», над которым сейчас трудится ряд общественных деятелей и Общественная Палата РФ.

То есть можно констатировать, что в настоящее время все составные части ГК в России присутствуют – активные НГО, Советы при исполнительных органах Власти, общественные координаторные органы в лице Общественной Палаты, некоторое количество финансовых средств - почти 1,5 млрд рублей, выделяемых Правительством РФ и раздаваемых в виде грантов общественным организациям на поддержку социальных проектов, имеется политическая воля и гражданская инициатива.

Активность ВСП по принятию мер ГК в регионах РФ продиктована в большей мере вступлением в силу статьи 101 ФЗ-323, декларирующим с 2014 года передачу полномочий по осуществлению закупок дорогостоящих препаратов от федерального центра в территориальные органы управления здравоохранением. В течение всего 2013 года ВСП вело обстоятельные переговоры во всех органах власти о переносе даты вступления этой правовой нормы на 2018 год, т.к. не считает Субъекты РФ готовыми к выполнению данной нормы закона, что в частности продемонстрировало провальное во многих регионах обеспечение специфическими препаратами больных СПИДом и туберкулезом в текущем году. Например, по данным НГО, защищающих интересы больных СПИДом, почти 35% их подопечных имели нарушения схемы лечения или не получили необходимое им лекарство, а больные туберкулезом сигнализировали о нарушении поставок противотуберкулезных препаратов в регионы с июля 2013 года.

Итак, при наличии всех элементов, составляющих ГК, а также признанной и Властью и Обществом необходимости создания ГК, не хватает только регламентирующей составляющей, расставляющей имеющиеся пазлы по своим местам и формирующей единую картину Системы Гражданского Контроля.

Такой составляющей может стать принятый в 2014 год Федеральный закон «Об общественном контроле в РФ». Но пока его концепция выглядит вполне прогрессивно.

Безусловно, представителям гражданского общества импонируют базовые принципы, заложенные разработчиком М.Федотовым в данный законопроект, таких как «самостоятельность общественных объединений, участвующих в осуществлении ГК и самостоятельность органов ГК; всеохватность и всеобщность ГК; гласность и обязательность ГК». Интересным нововведением видится постулат: «Признание органов ГК в качестве законных представителей неопределенного круга лиц, выступающих в защиту общественных интересов». Но наделение функциями общественного контроля чрезвычайно узкого числа общественных структур – Общественных советов и Общественных палат, постановка этих структур под контроль Общественной палаты РФ, формирование их состава в подавляющем объеме по рекомендации Общественной палаты РФ, а так же другие нормы вызывают сомнения.

В настоящее время в экспертной и некоммерческой среде распространено мнение о необходимости дальнейшей доработки данного ФЗ.

В то же время, поскольку речь не идет о передаче каких-либо полномочий от государственных служб и ведомств общественникам, то, возможно, достаточно Постановления Правительства РФ, определяющего Координирующий Орган или Организацию, формирующую и поддерживающую функционирование системы ГК в сфере здравоохранения (направляется предложение ВСП во взаимодействии с ОП РФ); регламентирующего порядок взаимодействия этого Органа-Организации с субъектами права, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья

независимо от формы собственности; определяющего источник финансирования и предоставляющий возможности по проведению широкого спектра общественных акций с целью популяризации системы ГК в Субъектах РФ и отдельных населенных пунктах при поддержке местных органов власти.

Конечно, пациентское сообщество, в основном в лице ВСП достаточно активно заявляло себя на протяжении последних двух-трех лет. Только на 2013 год приходится более десятка конференций и образовательных мероприятий, в том числе школ для врачей, 12 круглых столов, в том числе при территориальных органах Росздравнадзора в разных регионах РФ, 4 выездных международных мероприятия, несколько пресс-конференций по проблемам регионализации программы «Семи нозологий» и взаимозаменяемости биоаналогов, участие в рабочих совещаниях при Правительстве РФ, Министерстве Здравоохранения РФ, Росздравнадзоре, Федеральной антимонопольной службе РФ, Комитетах Государственной Думы, Комиссиях Совета Федераций, Общественной палате РФ, комитете по неправительственным организациям в ООН.

Наиболее яркими результатами активности ВСП в 2013 – 2014 годах среди множества небольших достижений можно с уверенностью считать перенос передачи федеральных полномочий по закупкам дорогостоящих препаратов на 2015 год и формирование системы общественных советов при территориальных органах управления здравоохранением: идея ВСП о расширении спектра переговорных площадок в сфере здравоохранения с Властью в Субъектах РФ было поддержано Министром Здравоохранения РФ В.И.Скворцовой (письмо в Субъекты РФ №60-0/10/2-2146 от 27.03.2013). В режиме постоянного внимания Минздрава Союзу пациентов удастся держать проблемы перечня орфанных заболеваний, ротации списка ЖНВЛП, формирования перечня по торговым наименованиям, а так же вопросы контроля качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.

Надо отметить, что ВСП активно участвует в обсуждении многих проектов нормативно-правовых актов, среди них следует отдельно выделить: поправки к федеральному закону №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; поправки к федеральному закону №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»; поправки к Постановлению Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"; поправки к Приказу МЗ РФ №1175н от 20.12.2012 года «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Обсуждение этих и многих других нормативных документов продолжается, т.к. не все предложения ВСП были учтены, а мы считаем, что формирование правовой базы в сфере здравоохранения должно проходить на основании приоритета повышения доступности и качества бесплатной медицинской помощи и соблюдения прав пациентов.

Самым большим шагом ВСП можно считать сложившиеся с Министерством Здравоохранения РФ, Росздравнадзором, представителями других ветвей федеральной власти рабочие взаимовыгодные партнерские отношения, главная цель которых сделать Россию страной качественной медицины, в которой живут люди с высоким коэффициентом здоровья.

К сожалению далеко не все федеральные органы готовы на равных сотрудничать с представителями пациентского сообщества: все еще трудно доводить мнения пациентов до членов Правительства РФ, более активной позиции хотелось бы от профильного комитета Государственной Думы и Совета Федераций. Еще сложнее обстоят дела с органами власти в регионах – много формализма,

недоверия, в ряде случаев прямого игнорирования рекомендаций федерального центра. Например, на предложение МЗ РФ региональным органам организации здравоохранения организовать посещение тренинга по гражданскому контролю, организованного ВСП и МЗ РФ прибыло только 43 представителя региональных общественных советов.

Недавно закончил свою работу V Ежегодный Всероссийский Конгресс Союза Пациентов с представительством из 60 регионов РФ, 89 стран, от 50 НГО, ВОЗ, исполнительных органов власти РФ во главе с министром В.И.Скворцовой, ОП РФ, медицинской общественности в лице Л.М.Рошаля, представители РАМН. Результатом работы Конгресса стал проблемный лист, представляющий прямые обращения и предложения пациентского сообщества Власти и резолюция, основной идеей которой является призыв к Государственным органам содействовать в формировании эффективной системы ГК на федеральном и региональном уровнях.

Мы надеемся, что работа ВСП позволит вывести деятельность пациентских организаций, в целом, и в плане реабилитации пациентов на новый уровень – представить запрос пациентов и наработки НКО пациентов на федеральном уровне, получить поддержку в дальнейшем развитии системы НКО.

К теме 3. Технологии реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Общественные организационные структуры реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей

Практика показывает, что для успешной реализации программ социальной реабилитации инвалидов нужны не только материально технические условия, но и широкое привлечение общественных ресурсов: профессиональных, волонтерских, семейных, личных.

Профессиональное, экспертное участие позволяет планировать реабилитационную деятельность с применением новейших методик из различных сфер, контролировать адекватность и результативность их использования и распространять инновации в профессиональном сообществе.

Семейный компонент необходим для того что бы активизировать механизм помощи инвалиду силами близких и мотивированных людей, использовать максимально комфортные условия для адаптации к среде, нормализовать внутрисемейный климат, создать условия для непрерывной внутрисемейной реабилитации.

Добровольческое участие позволяет привлечь к работе значительные дополнительные ресурсы из различных сфер, в том числе, что чрезвычайно важно, ресурсы людей вовлеченных в проблему - инвалидов и их близких.

Фандрайзером, объединителем и координатором использования таких ресурсов закономерно становятся общественные организации пациентов. Высокая мотивация, знание проблем и потребностей пациентов, погруженность в проблему и в способы ее решения, ответственность перед пациентским сообществом, ориентация на достижение некоммерческой социальной цели, опыт в привлечении ресурсов делают пациентские НКО предпочтительным исполнителем подобных программ.

Социальная реабилитация рассматривается ВСП как восстановление способности инвалида к социальному функционированию. Социальная реабилитация осуществляется через проведение социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации.

Основные задачи комплекса мероприятий по социальной реабилитации это:

1. Восстановление навыков взаимодействия с окружающей средой, адаптация к новым условиям, достижение социально-бытовой независимости.
2. Нормализация эмоционального состояния и оптимизация психологического потенциала личности, возвращение уверенности в себе, поднятие самооценки.
3. Восстановление навыков социального взаимодействия, организация общения, предупреждение драмы невостребованности, преодоление одиночества.
4. Восстановление социального и трудового статуса инвалида, выравнивание возможностей инвалидов в социокультурном самоутверждении.
5. Психологическая поддержка, коррекция внутрисемейного климата, адаптационное обучение семьи инвалидов (информирование и консультирование, обучение членов семьи по различным вопросам), профилактика безнадзорности.

6. Создание системы взаимной поддержки, обучения и обмена опытом преодоления и предупреждения трудных жизненных ситуаций для семей инвалидов.
7. Удовлетворение потребностей семьи инвалида в информации, в получении социально-культурных услуг, обеспечение досуга.

Достижение данных задач может реализоваться общественной организацией через следующие направления деятельности:

1. Реализация комплекса специализированных социально – реабилитационных тренингов по: бытовой реабилитации, трудотерапии, восстановлению двигательной активности и мелкой моторики, библиотекотерапии, караокетерапии, гарденотерапии, анималоатерапии. Интенсивность посещения инвалидами тренингов должна составлять не менее 1 раза в месяц.
2. Организация психолого-коррекционной работы с больными посредством индивидуальных, семейных и групповых занятий, консультирование по психолого-педагогическим вопросам, организация занятий, способствующих развитию личности. Групповые занятия проводятся 1 раз в неделю. Индивидуальные и семейные – на дому и в офисе, по персонально разрабатываемому графику.
3. Мероприятия по лечебной и адаптивной физической культуре и спорту среди инвалидов, для восстановления утраченных функций.
4. Иппотерапия. Прохождение инвалидами и членами их семей недельного курса раз в год.
5. Институт социального помощника. Набор и обучение из числа волонтеров, родных пациентов социальных помощников, оказывающих больным непосредственную помощь и обучающую и психологическую поддержку на дому. Ведется поквартальная оценка работы помощников, проводятся ежеквартальные семинары взаимного обучения помощников.
6. Семейная взаимопомощь. Создание коммуникативного и деятельностного коллективного пространства для семей больных. Организация очных встреч и дистанционного общения. Обмен опытом, эмоциями, взаимное обучение и поддержка, проведение совместных акций. Модерирование встреч изначально ведется специалистами, постепенно передается представителям семей. Встречи групп – не менее 1 раза в месяц.
7. Служба Патронажных медсестер. Предоставление инвалидам, ограниченным в передвижении социальных услуг на дому, осуществление социального патронажа больных, находящихся в медицинских учреждениях.
8. Институты общественных экспертов. Создаются на базе соглашений с различными государственными службами. Сотрудники институтов оказывают юридическую помощь пациентам, вовлекают их в общественную деятельность.
9. Организация досуга и культурно-развлекательных мероприятий. Основные виды: организация групп по интересам, проведение очных и заочных творческих конкурсов (стихи, песни, музыка, рукоделие, «Алло, мы ищем таланты», «Вместе со звездами»), публикация стихов и малой прозы в сборниках, конкурс фотографии, участие в социальных конкурсах (конкурс социальной рекламы, выставках), Дни здоровья,

- анимационные мероприятия («Давайте дарить друг другу улыбку», театрализованное представление Новый год», Бал-маскарад), посещения театра, филармонии, цирка, выставок, тематические мероприятия (День урожая, День знаний, Конкурс «Вопросы и ответы», День смеха, мероприятия, приуроченные к различным праздникам День защитника Отечества, Международный женский день, Новый год и тп.).
10. Спортивная реабилитация (спортивные мероприятия по настольным играм: шашки, шахматы, нарды; выездные спортивные мероприятия: дартс, стрельба по воздушным шарам). Организация спортивных секций (туризм, рукопашный бой, теннис, волейбол) для подростков из семей инвалидов. Проведение кратких туристических походов.
 11. Трудотерапия (акции «Зеленый город», «Забота»).
 12. Постоянная работа по взаимодействию с органами власти (рабочие встречи, участие в заседаниях, открытых форумах, «круглых столах»).

Универсальными организационными площадками реализации данной системы реабилитации являются общественные и общественно – государственные структуры и службы создаваемые НКО самостоятельно, внутри организации, а так же вне организации – в партнерстве с различными внешними контрагентами:

1. Система НКО и общественных коалиций,
2. Система общественных советов по защите прав пациентов;
3. Информационная служба;
4. Экспертные службы;
5. Патронажные службы;
6. Службы социальных помощников;
7. Центры семейной реабилитации инвалидов.

Основными результатами комплекса реабилитационных мероприятий является восстановление социального, трудового, семейного статуса людей, заболевших рассеянным склерозом, возвращение их к полноценной социальной жизни, сохранение их семей и нормализация внутрисемейных отношений.

Системообразующей точкой структуры общественной реабилитации и адаптации инвалидов и членов их семей должна быть НКО, некий общественный Центр, ею создаваемый на пересечении всех вышеуказанных технологий и форм работы. Например центр семейной реабилитации, разработанный и продвигаемый членом ВСП – общероссийской общественной организацией инвалидов больных рассеянным склерозом.

К основным задачам такого Центра можно отнести:

- 1) интеграция инвалидов в общественную среду посредством проведения комплексной медико- социальной, правовой и психологической программы реабилитации инвалидов;
- 2) создание программы научно-методического, правового, информационного и кадрового решения проблем медицинской, социальной, психологической и профессиональной реабилитации инвалидов;
- 3) разработка и реализация психолого-социальной и психотерапевтической помощи инвалидам;
- 4) детализация и конкретизация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разрабатываемых учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы;
- 5) снижение риска инвалидизации среди длительно болеющих путем организации реабилитационных мероприятий для этой группы больных;

б) развитие и совершенствование системы реабилитации инвалидов посредством осуществления комплексной социальной, медицинской, профессиональной и психологической реабилитации;

7) обеспечение максимально полной и своевременной социальной адаптации инвалидов к жизни в обществе, семье, к профессиональному обучению и труду.

В области медико-социальной реабилитации Центр может осваивать и использовать как традиционные, так и новые методики и технологии, также проводить медико-социальный патронаж и мониторинг инвалидов, оказывать реабилитационную помощь инвалидам на дому. \

Безусловно, необходимо обеспечивать взаимодействие специалистов отделения с другими реабилитационными учреждениями в целях достижения непрерывности, комплексности и последовательности в реализации мероприятий по социально-медицинской реабилитации и осуществлять лечебно-восстановительные, физкультурно-оздоровительные мероприятия. Важным является и координация работы и взаимодействие с другими лечебными учреждениями городов и районов области.

С точки зрения психосоциальной реабилитации Центр должен способствовать обучению пациентов с ограниченными возможностями навыкам самообслуживания, семье и общественных местах, а также навыкам общения и другим приемам бытовой адаптации.

Таким образом, проблема совершенствования системы оказания реабилитационной помощи больным рассеянным склерозом должна рассматриваться в контексте мер, направленных на улучшение качества жизни пациента. Эффективное решение этого аспекта невозможно без широкого участия различных общественных организаций, а так же их взаимодействия с органами исполнительной и законодательной власти.

Одним из примеров подобного взаимодействия стала программа «7 нозологий». Она начала свою жизнь с принятием Постановления Правительства Российской Федерации от 17 октября 2007 г. № 682 «О закупках в 2009 - 2011 годах лекарственных средств, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 02.06.2008 N 423, от 14.02.2009 N 115, от 30.12.2009 N 1151, с изм., внесенными Постановлением Правительства РФ от 30.11.2010 N 961), в котором были поименованы заболевания, при наличии которых государство централизованно закупало дорогостоящие лекарственные средства. Сейчас данное Постановление действует бессрочно и устанавливает порядок закупки Министерством здравоохранения РФ лекарственных средств для лечения 7 нозологий.

Работа центра, офиса НКО, других структур реабилитации инвалидов может быть наполнена различными образовательными модулями. Далее приводятся примеры таких модулей, взятые из практики работы НКО ВСП.