

## ***Подготовка граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан.***

### **Введение.**

Люди, признанные в судебном порядке недееспособными или не полностью дееспособными в силу возраста, несчастных случаев, ментальных и психических нарушений, нуждаются в постоянной помощи и поддержке, начиная с решения простых бытовых и иных проблем и заканчивая представлением интересов в различных организациях при осуществлении юридически значимых действий от их имени. Заботу о таких гражданах, как правило, берут на себя их дети, родные и близкие люди, хотя, в соответствии со статьями 29, 30 Гражданского кодекса Российской Федерации, наличие или отсутствие родственной связи между потенциальным опекуном либо попечителем и его подопечным не является обязательным условием для назначения опеки и попечительства. Взять на себя обязанности по уходу за совершеннолетним недееспособным или не полностью дееспособным человеком может любой гражданин Российской Федерации, отвечающий определенным требованиям.

Опека и попечительство как особая форма жизнеустройства недееспособных или не полностью дееспособных граждан является наиболее благоприятной, так как позволяет им оставаться проживать в привычных домашних условиях и получать индивидуальный уход. При этом опека и попечительство, как правовой институт, представляет собой совокупность норм, регулирующих осуществление социальной заботы о недееспособных или не полностью дееспособных совершеннолетних гражданах. Поэтому опекун или попечитель должен обладать определенным набором знаний, навыков и умений в области законодательства, медицинских, психологических и социальных аспектов опекунства и попечительства.

Программа подготовки граждан, желающих стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан (далее – кандидаты), представлена отдельными модулями, тематика которых содержит теоретическую и практическую части. В процессе освоения программы рекомендуется ориентироваться на состав группы, опираясь на ее опыт и уровень подготовленности. Форма обучения по программе – заочная с использованием телекоммуникационных технологий.

## Содержание модулей:

первый: введение в курс подготовки кандидатов; основы законодательства РФ в сфере опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан;

второй: особенности здоровья и организация медицинского обслуживания подопечных граждан; предоставление социального обслуживания подопечным гражданам; содержание и осуществление ухода за разными категориями подопечных граждан; обеспечение безопасности подопечных;

третий: роль семьи в обеспечении достойного уровня организации жизни подопечного; мотивация опекунов и попечителей.

Цель: формирование базовых юридических, социально-медицинских, психологических, коммуникативных и информационных компетенций у кандидатов в опекуны и попечители над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами.

### Задачи:

– информирование кандидатов в опекуны и попечители об основах законодательства РФ в сфере опеки и попечительства, основных требованиях к жилищным, бытовым, досуговым условиям проживания подопечных, о социальных гарантиях, видах и формах социальной помощи, об особенностях проблем здоровья подопечных, о методах контроля за изменением состояния их здоровья, правилах создания благоприятной обстановки и психологической атмосферы;

– обучение кандидатов в опекуны и попечители методам, практикам ухода и дезинфекции, когнитивного тренинга и профилактики деменции, навыкам простых медицинских манипуляций и кормления, поддержания личной гигиены подопечных.

## МОДУЛЬ I

Темы занятия: введение в курс подготовки кандидатов; основы законодательства РФ в сфере опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан.

Форма организации занятия: семинар, индивидуальное консультирование.

Цель занятия: информирование кандидатов об общих характеристиках института опеки и попечительства и основах законодательства в сфере опеки и попечительства.

После занятия кандидаты должны знать:

- свои права и обязанности, а также права и обязанности подопечных;
- особенности распоряжения недвижимым имуществом, принадлежащим подопечным гражданам;
- порядок снятия и расходования денежных средств со счетов подопечных, в том числе расходования сумм, зачисляемых на отдельный номинальный счет, открытый опекуном;
- порядок представления опекунами или попечителями ежегодного отчета о хранении, использовании имущества подопечного гражданина и управления таким имуществом, требования к его заполнению;
- виды ответственности за ненадлежащее исполнение обязанностей;
- основания и порядок прекращения опеки или попечительства, порядок восстановления подопечных в дееспособности;
- порядок обжалования решений органов опеки и попечительства ;
- виды психиатрической помощи.

После занятия кандидаты должны уметь использовать полученные знания на практике в отношении подопечного.

Структура занятия:

1. Приветствие. Описание цели и структуры занятия.
  2. Введение
- Информационная часть.

- Понятие опеки и попечительства, основание установления опеки и попечительства над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами;

- порядок назначения и правовой статус опекуна и попечителя;
- права, обязанности и ответственность опекуна и попечителя; особенности распоряжения имуществом опекаемого;
- причины и порядок отстранения от опекунских обязанностей;
- порядок обжалования решений органа опеки и попечительства;
- права лиц, страдающих психическими заболеваниями;
- виды психиатрической помощи и порядок ее оказания;
- основания и порядок госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в добровольном и принудительном порядке

### 3. Подведение итогов занятия.

#### **Информационная часть.**

1.1. Общая характеристика института опеки и попечительства, основание ее установления над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами

В настоящее время опека представляет собой комплексный институт гражданского и семейного права, включающий нормы и публичные отрасли (административного права), обеспечивающие все виды охраны прав и законных интересов нуждающихся в этом граждан с целью защиты их личных и имущественных прав. Таким образом, опеку можно рассматривать как комплекс непосредственных действий по осуществлению социальной заботы с участием опекуна и подопечного.

Отношения, связанные с осуществлением деятельности по опеке и попечительству над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами, регулируются Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации (далее – ГПК РФ), Федеральным законом от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» (далее – Закон № 48-ФЗ), Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2010 № 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан» (далее – Постановление № 927).

В соответствии со статьей 2 Закона № 48-ФЗ:

– **опека** – форма устройства признанных судом недееспособными граждан, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия;

– **попечительство** – форма устройства граждан, ограниченных судом в дееспособности, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (попечители) обязаны давать согласие совершеннолетним подопечным на совершение ими действий в соответствии со статьей 30 ГК РФ;

– **подопечный** – гражданин, в отношении которого установлены опека или попечительство;

– **недееспособный гражданин** – гражданин, признанный судом недееспособным по основаниям, предусмотренным статьей 29 ГК РФ;

– **не полностью дееспособный гражданин** – гражданин, ограниченный судом в дееспособности по основаниям, предусмотренным статьей 30 ГК РФ.

Опеку над совершеннолетними недееспособными гражданами можно рассматривать как положение, при котором опекун имеет юридическое право принимать соответствующие решения в интересах недееспособного лица, обязуется ухаживать и следить за гражданином.

С помощью опеки не обладающие дееспособностью лица выступают как полноценные субъекты различного рода правоотношений. Юридически значимые действия за них в их интересах осуществляет опекун, выполняя отсутствующую дееспособность своего подопечного.

Единственным основанием установления опеки над взрослым гражданином является признание его недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия. В соответствии со статьей 29 ГК РФ гражданин может быть признан недееспособным только в судебном порядке. Кроме того, решение суда о недееспособности лица принимается только на основании медицинского заключения, диагноза и объективных фактов. Одним из объективных фактов является психическое расстройство.

Согласно статье 30 ГК РФ над совершеннолетними гражданами может быть установлена не только опека, но и попечительство.

Гражданин, который вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством.

Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.

Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством.

Такой гражданин совершает сделки за исключением сделок, предусмотренных подпунктами 1 и 4 пункта 2 статьи 26 ГК РФ, с письменного согласия попечителя. Сделка, совершенная таким гражданином, действительна также при ее последующем письменном одобрении его попечителем. Сделки, предусмотренные подпунктами 1 и 4 пункта 2 статьи 26 ГК РФ, такой гражданин вправе совершать самостоятельно.

Попечитель оказывает подопечному содействие в осуществлении прав и исполнении обязанностей, а также охране их от злоупотреблений со стороны третьих лиц. Таким образом, можно сказать, что основное различие опекуна и попечителя состоит в объеме гражданско-правовых обязанностей, которые закон возлагает на опекунов и попечителей, исходя из объема дееспособности их подопечных.

Хочется отметить, что назначение опеки или попечительства над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами – это длительная и трудоемкая процедура, которая занимает большой период времени. Чаще всего больные граждане – это родные и близкие люди, за которыми нужен постоянный уход и требуется много внимания и заботы. На опекуна или попечителя возлагается большая ответственность, ведь он отвечает за действия своего подопечного.

Будущие опекуны или попечители должны обдуманно подходить к решению стать опекуном или попечителем совершеннолетнему недееспособному или не полностью дееспособному человеку.

## **1.2. Требования к кандидатам в опекуны и попечители, порядок установления опеки и попечительства над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами.**

Поскольку гражданин, утративший дееспособность, нуждается не только в повседневной бытовой заботе вроде приготовления пищи и покупки лекарств, но и в правовом представительстве и защите прав, опекуном может быть не каждый.

Опекунами и попечителями могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане (пункт 2 статьи 35 ГК РФ).

Бабушки и дедушки, родители, супруги, совершеннолетние дети, совершеннолетние внуки, братья и сестры совершеннолетнего подопечного имеют преимущественное право быть его опекунами или попечителями перед всеми другими лицами (пункт 5 статьи 10 Закона № 48-ФЗ).

При назначении опекуна или попечителя должны учитываться его нравственные и иные личные качества, способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а если это возможно – и желание подопечного (пункт 3 статьи 35 ГК РФ).

Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане, имеющие на момент установления опеки или попечительства судимость за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан (пункт 2 статьи 35 ГК РФ).

У потенциальных опекунов не должно быть заболеваний, таких как онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, наркотическая и алкогольная зависимость, психические расстройства. (Постановление Правительства РФ № 117 от 14.02.2013).

Данные условия должны быть соблюдены все одновременно. Это означает, например, что не может быть назначено опекуном или попечителем лицо хотя и дееспособное (в силу вступления в брак или эмансипации), но несовершеннолетнее. Как уже упоминалось выше, прежде чем начинать процедуру назначения опеки или попечительства, нужно получить судебное решение о лишении или ограничении дееспособности (согласно статьям 29, 30 ГК РФ).

Дело об ограничении гражданина в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, органа опеки и попечительства, медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь.

Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Заявление об ограничении гражданина в дееспособности, о признании гражданина недееспособным, подается в суд по месту

жительства данного гражданина, а если гражданин помещен в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, или стационарную организацию социального обслуживания, предназначенную для лиц, страдающих психическими расстройствами, по адресу этих организаций (согласно статье 281 ГПК РФ).

В заявлении об ограничении дееспособности гражданина должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о том, что гражданин, злоупотребляющий спиртными напитками или наркотическими средствами, ставит свою семью в тяжелое материальное положение.

В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими (статья 282 ГПК РФ). В судебном разбирательстве принимает участие прокурор и представитель ООП, а также сам гражданин, в отношении которого происходит рассмотрение дела, если его присутствие в судебном заседании не опасно для него самого и окружающих.

В ходе судебного разбирательства назначается судебно-психиатрическая экспертиза (статья 283 ГПК РФ). По результатам экспертного заключения и других документальных доказательств (медицинских справок, выписок из истории болезни, характеристик и свидетельских показаний) суд выносит решение.

Решение суда основание для назначения опеки и попечительства (статья 285 ГПК РФ).

В течение месяца с момента, когда ООП стало известно о необходимости установления опеки или попечительства над совершеннолетним недееспособным или ограниченным в дееспособности гражданином должна быть назначена опека или попечительство (пункт 2 статьи 11 Закона № 48-ФЗ).

Однако обязательное условие для назначения опеки – добровольное согласие опекуна. Гражданин, который хочет стать опекуном, должен лично обратиться в ООП, подать заявление – это служит выражением его согласия и намерения.

Заявление подается в письменной форме в ООП.

Получив заявление, представитель ООП обязан посетить опекуна по месту постоянного проживания:

- осмотреть жилое помещение;
- оценить личные качества опекуна, удостовериться в его мотивах и намерениях.



Срок проведения проверки – семь дней со дня представления документов. Выводы, которые сделают представители ООП по результатам посещения, оформляются в виде акта и учитываются при принятии решения о назначении опеки.

После рассмотрения поданных документов, знакомства с опекуном и осмотра его жилого помещения представители ООП заключение:

- о возможности быть опекуном недееспособного гражданина;
- об отказе.

Положительное заключение сохраняет юридическую силу два года и служит основанием для назначения опеки. Отрицательное заключение может быть обжаловано в суде.

Решение о назначении опеки выносит орган опеки и попечительства по месту жительства недееспособного гражданина. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекун или попечитель может быть назначен органом опеки и попечительства по месту жительства опекуна или попечителя.

Перечень документов, предоставляемых гражданином, подавшим заявление о назначении его опекуном или попечителем, сроки предоставления таких документов установлены правилами подбора, учета и подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, утвержденными Постановлением № 927.

Список документов зависит от наличия родства между опекуном и подопечным.

Если опекун является близким родственником подопечного (отцом или матерью, сыном или дочерью, братом или сестрой) и/или проживает вместе с ним в течение последних 10 лет, список документов включает:

- заявление;
- копию свидетельства о браке (если близкий родственник, выразивший желание стать опекуном состоит в браке);
- документ, подтверждающий родство (свидетельства о рождении, о браке);

Если опекун является посторонним лицом по отношению к подопечному, список документов расширяется и включает:

- заявление;

- копию свидетельства о браке (если гражданин, выразивший желание стать опекуном состоит в браке);
- автобиографию;
- справку о трудоустройстве, занимаемой должности, размере заработной платы за последние 12 месяцев;
- копию пенсионного удостоверения (для пенсионеров);
- медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина, выразившего желание стать опекуном;
- письменное согласие всех членов семьи (взрослых и детей старше 10 лет), проживающих с гражданином, выразившим желание стать опекуном, если предполагается, что подопечный будет жить вместе с ними;
- сертификат о прохождении курса подготовки для граждан, выразивших желание стать опекунами.

Помимо перечисленных документов, ООП запрашивает дополнительные данные:

- выписку из домовой (поквартирной) книги с места жительства или иной документ, подтверждающий право пользования жилым помещением либо право собственности на жилое помещение, и копию финансового лицевого счета с места жительства гражданина, выразившего желание стать опекуном;
- справку о санитарно-техническом состоянии жилого помещения опекуна;
- справку о размере пенсии;
- справку о наличии или отсутствии судимости.

ООП, исходя из интересов лица, нуждающегося в установлении над ним опеки, может назначить ему нескольких опекунов. При назначении нескольких опекунов представительство и защита прав и законных интересов подопечного осуществляются одновременно всеми опекунами.

В случае если ведение дел подопечного поручается опекунами одному из них, это лицо должно иметь доверенности от остальных опекунов. Опекуны не назначаются подопечным, помещенным под надзор в образовательные организации, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги. Исполнение обязанностей опекунов или попечителей возлагается на указанные организации (пункт 4 статьи 35 ГК РФ).

ООП осуществляет проверку сведений о личности опекуна, запрашивая сведения о нем в органах внутренних дел, органах записи актов гражданского состояния, медицинских и иных организациях (пункт 2 статьи 10 Закона № 48-ФЗ).

Опекуну письменно разъясняются права и обязанности, предусмотренные статьей 15 Закона № 48-ФЗ, статьями 31, 36, 37 ГК РФ, а также ответственность, предусмотренная статьей 26 Закона № 48-ФЗ.

### **1.3. Перечень прав, обязанностей и ответственности опекунов и попечителей.**

При оформлении опеки или попечительства над недееспособными или не полностью дееспособными гражданами опекун и попечитель должен знать досконально свои права и обязанности. Безусловно, главной обязанностью опекуна и попечителя является забота о содержании своего подопечного, необходимость обеспечивать должный уход и лечение, оказывать подопечному содействие в осуществлении прав и исполнении обязанностей. Опекун или попечитель должен обладать определенными навыками. Оформление опекунства наделяет опекуна и попечителя правами и обязанностями согласно ГК РФ и Закону № 48-ФЗ, где устанавливается перечень обязанностей опекуна и попечителя, эти же документы устанавливают и его права. Анализ вышеуказанного законодательства позволил более четко выделить основные права и обязанности опекуна и попечителя над совершеннолетним недееспособным гражданином.

#### **Таким образом, опекун обязан:**

- добросовестно и безвозмездно исполнять обязанности опекуна в отношении подопечного;
- заботиться о содержании подопечного, об обеспечении его уходом и лечением, защищать его права и интересы;
- извещать ООП о перемене места жительства подопечного не позднее дня, следующего за днем выезда подопечного с прежнего места жительства;
- принять имущество подопечного по описи в трехдневный срок с момента возникновения своих прав и обязанностей;
- заботиться о переданном ему имуществе подопечного как о своем собственном, не допускать уменьшения стоимости имущества подопечного и способствовать извлечению из него доходов;
- получать предварительное разрешение ООП на совершение сделок по отчуждению, в том числе обмену или дарению имущества подопечного, сдаче его внаем (в аренду), в безвозмездное пользование или в залог, сделок, влекущих отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества

или выдел из него долей, а также любых других сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного;

- ежегодно не позднее 1 февраля текущего года представлять в ООП отчет в письменной форме за предыдущий год о хранении, об использовании и управлении имуществом подопечного с приложением документов, а также представлять такой отчет не позднее трех дней с момента прекращения исполнения обязанностей опекуна;

- предъявлять в суд иск о применении последствий недействительности совершенной подопечным сделки, а также признании действительной той сделки, которая совершена к выгоде подопечного;

- ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным и о снятии с него опеки, если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали.

### **Попечитель обязан:**

- добросовестно и безвозмездно исполнять обязанности попечителя в отношении подопечного;

- исполнять свои функции, учитывая мнение подопечного, а при невозможности его установления – с учетом информации о предпочтениях подопечного, полученной от его родителей, прежних опекунов, иных лиц, оказывавших ему услуги и добросовестно исполнявших свои обязанности;

- заботиться о развитии (восстановлении) способности гражданина, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, или гражданина, признанного недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими;

- извещать ООП о перемене места жительства подопечного не позднее дня, следующего за днем выезда подопечного с прежнего места жительства;

- ежегодно, не позднее 1 февраля текущего года, представлять в ООП отчет в письменной форме за предыдущий год об использовании имущества совершеннолетнего не полностью дееспособного гражданина и управлении этим имуществом с приложением документов, а также представлять такой отчет не позднее трех дней с момента прекращения исполнения обязанностей попечителя;

- ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным, если основания, в силу которых подопечный был ограничен в дееспособности, отпали.

Наряду с обязанностями опекуны и попечители наделены и правами, о которых зачастую сам опекун и попечитель не знает.

### **Опекун вправе:**

- выступать в защиту прав и интересов подопечного в отношениях с любыми лицами, в том числе в судах, без специального полномочия;
- распоряжаться доходами подопечного, в том числе суммами пенсий, пособий и иных предоставляемых на его содержание социальных выплат, а также доходами, причитающимися подопечному от управления его имуществом, исключительно в интересах подопечного и с предварительного разрешения ООП;
- совершать сделки с имуществом от имени подопечного и в его интересах только с предварительного разрешения ООП.

### **Попечитель вправе:**

- давать согласие на совершение сделок по отчуждению, в том числе обмену или дарению, имущества подопечного, сдаче его в наем (в аренду), в безвозмездное пользование или в залог, сделок, влекущих отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества или выдел из него долей, а также любых других сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного, с предварительного разрешения ООП;
- давать согласие на получение и расходование подопечным заработка, пенсии и иных доходов с предварительного разрешения ООП;
- давать согласие на внесение денежных средств подопечного только в кредитные организации, не менее половины акций (долей) которых принадлежит РФ;
- требовать в судебном порядке признания недействительными сделок, совершенных подопечным без согласия попечителя.

Хочется заметить, что опекун и попечитель не только имеет права и обязанности, но и несет ответственность имущественного, уголовного и административного характера.

### **Ответственность опекуна:**

- опекун несет ответственность по сделкам, совершенным от имени подопечного, в порядке, установленном гражданским законодательством;
- опекун несет ответственность за вред, причиненный по его вине личности или имуществу подопечного, в соответствии с предусмотренным

гражданским законодательством, правилами об ответственности за причинение вреда;

- при обнаружении ненадлежащего исполнения опекуном обязанностей по охране имущества подопечного и управлению имуществом подопечного (порча, ненадлежащее хранение, расходование имущества не по назначению, совершение действий, повлекших за собой уменьшение стоимости имущества подопечного, и другое) опекун возмещает убытки, причиненные подопечному;

- при обнаружении факта заключения договора от имени подопечного без предварительного разрешения ООП договор расторгается, имущество, принадлежащее подопечному, подлежит возврату, а убытки, причиненные сторонам договора, подлежат возмещению опекуном;

- опекун несет имущественную ответственность за вред, причиненный подопечным, личности и имуществу третьих лиц;

- опекун несет уголовную ответственность, административную ответственность за свои действия или бездействие в порядке, установленном соответственно законодательством РФ, законодательством субъектов РФ.

#### **Ответственность попечителя:**

- попечитель несет ответственность за вред, причиненный по его вине личности или имуществу подопечного, в соответствии с предусмотренными гражданским законодательством правилами об ответственности за причинение вреда;

- при обнаружении ненадлежащего исполнения попечителем обязанностей по охране имущества подопечного и управлению имуществом подопечного (порча, ненадлежащее хранение, расходование имущества не по назначению, совершение действий, повлекших за собой уменьшение стоимости имущества подопечного, и другое) попечитель возмещает убытки, причиненные подопечному;

- попечитель несет уголовную ответственность, административную ответственность за свои действия или бездействие в порядке, установленном соответственно законодательством РФ, законодательством субъектов РФ.

#### **1.4. Особенности распоряжения имуществом опекаемого.**

Подопечные не имеют права собственности на имущество опекунов, а опекуны не имеют права собственности на имущество подопечных.

Опекун или попечитель распоряжается доходами подопечного, в том числе доходами, причитающимися подопечному от управления его имуществом, за

исключением доходов, которыми подопечный вправе распоряжаться самостоятельно, исключительно в интересах подопечного и с предварительного разрешения ООП. Суммы алиментов, пенсий, пособий, возмещения вреда здоровью и вреда, понесенного в случае смерти кормильца, а также иные выплачиваемые на содержание подопечного средства, за исключением доходов, которыми подопечный вправе распоряжаться самостоятельно, подлежат зачислению на отдельный номинальный счет, открываемый опекуном или попечителем в соответствии с главой 45 ГК РФ, и расходуются опекуном или попечителем без предварительного разрешения ООП (пункт 1 статьи 37 ГК РФ).

Опекун, обязан принять имущество подопечного по описи от лиц, осуществлявших его хранение, в трехдневный срок с момента возникновения своих прав и обязанностей. ООП дают опекунам и попечителям разрешения и обязательные для исполнения указания в письменной форме в отношении распоряжения имуществом подопечных.

Опекун без предварительного разрешения ООП не вправе совершать, а попечитель не вправе давать согласие на совершение сделок по сдаче имущества подопечного внаем, в аренду, в безвозмездное пользование или в залог, по отчуждению имущества подопечного (в том числе по обмену или дарению), совершение сделок, влекущих за собой отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества или выдел из него долей, и на совершение любых других сделок, влекущих за собой уменьшение стоимости имущества подопечного.

Предварительное разрешение ООП требуется также во всех иных случаях, если действия опекуна или попечителя могут повлечь за собой уменьшение стоимости имущества подопечного, в том числе при:

- 1) отказе от иска, поданного в интересах подопечного;
- 2) заключении в судебном разбирательстве мирового соглашения от имени подопечного;
- 3) заключении мирового соглашения с должником по исполнительному производству, в котором подопечный является взыскателем.

Предварительное разрешение ООП требуется в случаях выдачи доверенности от имени подопечного.

Опекун, его супруг и близкие родственники не вправе совершать сделки с подопечным, за исключением передачи имущества подопечному в качестве дара или в безвозмездное пользование, а также представлять подопечного

при заключении сделок или ведении судебных дел между подопечными и супругом опекуна или их близкими родственниками.

Недвижимое имущество, принадлежащее подопечному, не подлежит отчуждению, за исключением:

- принудительного обращения взыскания по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом, в том числе при обращении взыскания на предмет залога;

- отчуждения по договору ренты, если такой договор совершается к выгоде подопечного;

- отчуждения по договору мены, если такой договор совершается к выгоде подопечного;

- отчуждения жилого дома, квартиры, части жилого дома или квартиры, принадлежащих подопечному, при перемене места жительства подопечного;

- отчуждения недвижимого имущества в исключительных случаях (необходимость оплаты дорогостоящего лечения и другое), если этого требуют интересы подопечного.

Для получения предварительного разрешения опекун обращается в ООП с заявлением и представляет необходимый пакет документов.

Опекун или попечитель ежегодно не позднее 1 февраля текущего года, представляет в ООП отчет в письменной форме за предыдущий год о хранении, об использовании имущества подопечного и об управлении имуществом подопечного (далее – отчет) с приложением документов (копий товарных чеков, квитанций об уплате налогов, страховых сумм и других платежных документов). Форма отчета опекуна утверждена Постановлением № 927.

Отчет опекуна или попечителя должен содержать сведения о состоянии имущества и месте его хранения, приобретении имущества взамен отчужденного, доходах, полученных от управления имуществом подопечного, и расходах, произведенных за счет имущества подопечного. В отчете опекуна или попечителя также должны быть указаны даты получения сумм со счета подопечного и даты произведенных за счет этих сумм затрат для нужд подопечного (пункт 2 статьи 25 Закона № 48-ФЗ).

Отчет опекуна или попечителя утверждается руководителем ООП (пункт 3 статьи 25 Закона № 48-ФЗ). После утверждения отчета опекуна или попечителя ООП исключает из описи имущества подопечного



пришедшие в негодность вещи и вносит соответствующие изменения в опись имущества подопечного (пункт 4 статьи 25 Закона № 48-ФЗ).

Отчет опекуна или попечителя хранится в личном деле подопечного (пункт 5 статьи 25 Закона № 48-ФЗ).

При обнаружении ненадлежащего исполнения опекуном обязанностей по охране имущества подопечного и управлению имуществом подопечного (порча, надлежащее хранение имущества, расходование имущества не по назначению, совершение действий, повлекших за собой уменьшение стоимости имущества подопечного, и другое) ООП обязаны составить об этом акт и предъявить требование к опекуну или попечителю о возмещении убытков, причиненных подопечному (пункт 3 статьи 26 Закона № 48-ФЗ).

### **1.5. Социальные гарантии и льготы для опекунов и подопечных.**

Многих совершенно справедливо интересует вопрос: сколько получает опекун?

Если опека назначена безвозмездно (например, над недееспособным пожилым родителем или умственно неполноценным взрослым сыном или дочерью), опекун не получает никаких выплат или вознаграждений.

Если опека назначена возмездно, опекун (попечитель) может заключить с ООП договор о возмездной опеке. Источником выплат могут быть доходы подопечного. Предельный размер вознаграждения, выплачиваемого опекуну или попечителю по договору за счет доходов от имущества совершеннолетнего подопечного, не может превышать пяти процентов дохода от имущества совершеннолетнего подопечного за отчетный период, определяемого по отчету опекуна о хранении, об использовании имущества совершеннолетнего недееспособного гражданина и управлении этим имуществом или по отчету попечителя об использовании имущества совершеннолетнего не полностью дееспособного гражданина и управлении этим имуществом. Такой порядок предусмотрен статьей 16 Закона № 48-ФЗ и Постановлением № 927.

Еще один источник государственной поддержки – доплата к пенсии подопечного, предназначенная для опекуна, который:

- находится в трудоспособном возрасте (мужчина до 60 лет, женщина до 55 лет);
- не трудоустроен;
- не получает никакого дохода;

– заботится о пожилom или больном человеке, нуждающемся в постоянной заботе (согласно врачебному заключению), пожилom человеке старше 80 лет, инвалиде 1-й группы (кроме инвалидов с детства).

Родственная связь или совместное проживание с подопечным не имеет значения. Данный вид поддержки имеет заявительный характер и предоставляется Пенсионным фондом РФ.

Помимо денежной доплаты, опекуну начисляется трудовой стаж – в течение всего срока исполнения опекунских обязанностей.

Дополнительные льготы, которые могут получать опекаемые с инвалидностью, -это:

– льготы на оплату жилищно-коммунальных услуг и взносов на капитальный ремонт;

– денежная компенсация расходов на оплату проезда к месту проведения (обратно) обследования, реабилитации, медико-социальной экспертизы;

– обеспечение жизненно необходимыми лекарствами (по рецепту врача);

– лечение, в том числе санаторно-курортное;

– бесплатные юридические услуги;

– скидка на нотариальные услуги;

– скидка на транспортный налог;

– льготное обеспечение протезно-ортопедической помощью;

– обеспечение техническими средствами реабилитации;

– право получения социальной карты, в том числе на лицо, сопровождающее инвалида 1-й группы;

– отсутствие необходимости оплаты госпошлины при подаче иска.

## **1.6. Контроль над деятельностью опекуна (попечителя).**

В целях осуществления надзора за деятельностью опекунов или попечителей ООП по месту жительства совершеннолетних подопечных проводят плановые и внеплановые проверки:

а) условий жизни совершеннолетнего недееспособного гражданина, соблюдения опекуном его прав и законных интересов, а также обеспечения сохранности его имущества;

б) выполнения опекуном или попечителем требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей.

Плановые проверки проводятся уполномоченным специалистом ООП на основании акта о проведении плановой проверки.

При установлении опеки или попечительства над совершеннолетними подопечными плановые проверки проводятся в виде посещения совершеннолетнего подопечного, за исключением случая, когда опекуном назначен близкий родственник, который постоянно совместно с ним проживал не менее 10 лет на день подачи заявления о назначении опекуном:

а) один раз в течение первого месяца после принятия ООП решения о назначении опекуна или попечителя;

б) один раз в три месяца в течение первого года после принятия ООП решения о назначении опекуна или попечителя;

в) один раз в шесть месяцев в течение второго и последующих лет после принятия ООП решения о назначении опекуна или попечителя.

При установлении опеки или попечительства над совершеннолетним подопечным его близким родственником из числа родителей, бабушек, дедушек, братьев, сестер, детей и внуков, который постоянно совместно с ним проживал не менее 10 лет на день подачи заявления о назначении опекуном, плановые проверки проводятся в виде посещения совершеннолетнего подопечного:

а) один раз в течение первого года после принятия ООП решения о назначении опекуна или попечителя;

б) один раз в три года в течение последующих лет после принятия ООП решения о назначении опекуна или попечителя .

При осуществлении указанных проверок оцениваются жилищно- бытовые условия совершеннолетнего недееспособного гражданина, состояние его здоровья, внешний вид и соблюдение гигиены, эмоциональное и физическое состояние, отношение с опекуном, возможность опекуна обеспечить потребности совершеннолетнего недееспособного гражданина, включая выполнение реабилитационных мероприятий, содержащихся в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида.

При поступлении от юридических и физических лиц устных или письменных обращений, содержащих сведения о неисполнении, ненадлежащем исполнении опекунами своих обязанностей либо о нарушении прав и законных интересов совершеннолетнего недееспособного гражданина, ООП вправе провести внеплановую проверку.

Внеплановые проверки проводятся также в случае изменения места жительства в течение трех дней при получении ООП личного дела недееспособного гражданина.

По результатам плановых и внеплановых проверок исполнения обязанностей по опеке в отношении совершеннолетнего недееспособного гражданина составляется акт о проверке условий жизни совершеннолетнего недееспособного гражданина, соблюдении опекуном прав и законных интересов совершеннолетнего недееспособного гражданина, обеспечении сохранности его имущества, а также о выполнении опекуном требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей (далее – акт о проверке условий жизни).

В акте о проверке условий жизни указывается оценка соблюдения прав и законных интересов совершеннолетнего подопечного, обеспечения сохранности его имущества, а также оценка обеспечения его уходом и лечением, соблюдения условий его содержания.

По результатам плановых и внеплановых проверок выполнения обязанностей по попечительству в отношении совершеннолетнего не полностью дееспособного гражданина составляется акт о выполнении попечителем требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей (далее – акт об исполнении попечителем своих обязанностей) в котором указывается исполнение попечителем установленных ООП в соответствии с законодательством РФ ограничений или обязательных требований.

При выявлении фактов неисполнения, ненадлежащего исполнения опекуном или попечителем обязанностей, предусмотренных законодательством РФ, в акте о проверке условий жизни или в акте об исполнении попечителем своих обязанностей указываются:

- а) перечень выявленных нарушений и сроки их устранения;
- б) рекомендации опекуну или попечителю о принятии мер по исполнению возложенных на него обязанностей;
- в) предложения о привлечении опекуна или попечителя к ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение им обязанностей, предусмотренных законодательством РФ (при необходимости).

В случае если действия опекуна или попечителя осуществляются с нарушением законодательства РФ и (или) наносят вред здоровью, физическому, психологическому и нравственному состоянию совершеннолетнего подопечного, а также если выявленные в результате

проверки нарушения невозможно устранить без прекращения опеки или попечительства, ООП в течение трех дней со дня проведения проверки:

- принимает акт об освобождении опекуна или попечителя от исполнения возложенных на него обязанностей либо об отстранении его от их исполнения, который направляется опекуну или попечителю ;

- осуществляет меры по временному устройству совершеннолетнего недееспособного гражданина (при необходимости) ;

- принимает решение о помещении совершеннолетнего недееспособного гражданина в организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме.

### **1.7. Причины и порядок отстранения от опекунских обязанностей.**

Сколько времени будет находиться гражданин под опекой – зависит опекуна, состояния их здоровья, а также других обстоятельств, указанных в законе. Законом допускается освобождение опекуна от исполнения им своих обязанностей и отстранение от их исполнения. Опека или попечительство прекращается в случаях, предусмотренных пунктом 1 статьи 29 Закона № 48-ФЗ, статьей 40 ГК РФ:

- 1) в случае смерти опекуна или попечителя либо подопечного;
- 2) по истечении срока действия акта о назначении опекуна;
- 3) при освобождении либо отстранении опекуна от исполнения своих обязанностей;
- 4) в случаях вынесения судом решения о признании подопечного дееспособным или отмены ограничений его дееспособности по заявлению опекуна, попечителя или ООП.

Отстранение опекуна или попечителя от исполнения возложенных на них обязанностей допускается в случаях, предусмотренных пунктом 5 статьи 29 Закона № 48-ФЗ, пунктом 3 статьи 39 ГК РФ, а именно

- 1) ненадлежащего исполнения возложенных на них обязанностей, которое может быть связано как с отсутствием опыта, так и злоупотреблением им своим положением ;

- 2) нарушения прав и законных интересов подопечного, в том числе при осуществлении опеки или попечительства в корыстных целях либо при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи;

- 3) выявления ООП фактов существенного нарушения опекуном или попечителем правил охраны имущества подопечного и (или) распоряжения его

имуществом.

Опекун или попечитель может быть освобожден от исполнения обязанностей в случаях, предусмотренных пунктами 3, 4 статьи 29 Закона № 48-ФЗ, пунктами 1, 2 статьи 39 ГК РФ, а именно:

1) по письменному заявлению опекуна.

Опекун может быть освобожден от своих обязанностей и по собственному желанию. Как показывает практика, это происходит из-за ухудшения материального положения или здоровья, а также если опекун не может установить контакт с подопечным. Хочется подчеркнуть, что опека и попечительство на этом не прекращается, так как не исчезают основания. Просто обязанности опекуна или попечителя перекладываются на другое лицо либо ООП;

2) при помещении подопечного под надзор в образовательную организацию, медицинскую организацию, организацию, оказывающую социальные услуги, или иную организацию ООП освобождают ранее назначенного опекуна или попечителя от исполнения ими своих обязанностей, если это не противоречит интересам подопечного;

3) в случае возникновения противоречий между интересами подопечного и интересами опекуна или попечителя, в том числе временно.

Права и обязанности опекуна или попечителя прекращаются с момента принятия ООП акта об освобождении опекуна или попечителя от исполнения возложенных на них обязанностей либо об их отстранении от исполнения возложенных на них обязанностей (пункт 6 статьи 29 Закона № 48-ФЗ).

## **1.8. Порядок обжалования решений органа опеки и попечительства.**

Изданные акты ООП могут быть оспорены заинтересованными лицами в судебном порядке.

Порядок обжалования регулируется статьей 218 Кодекса административного судопроизводства РФ (далее – КАС РФ).

Суд приступает к рассмотрению дела на основании заявления заинтересованного лица. В заявлении должно быть указано, какие решения, действия (бездействие) органа государственной власти, органа местного самоуправления, иного органа, организации, наделенных отдельными государственными или иными публичными полномочиями, должностного лица, государственного или муниципального служащего должны быть признаны незаконными, какие права и свободы лица нарушены этими решениями, действиями (бездействием). Гражданин может обратиться в суд или оспорить решения, действия (бездействие) органа, организации, лица,

наделенных государственными или иными публичными полномочиями, в вышестоящие в порядке подчиненности орган, организацию, у вышестоящего в порядке подчиненности лица либо использовать иные внесудебные процедуры урегулирования споров.

По результатам рассмотрения административного дела об оспаривании решения, действия (бездействия) органа, организации, лица, наделенных государственными или иными публичными полномочиями, судом принимается одно из следующих решений:

1) об удовлетворении полностью или в части заявленных требований о признании оспариваемых решения, действия (бездействия) незаконными, если суд признает их не соответствующими нормативным правовым актам и нарушающими права, свободы и законные интересы административного истца, и об обязанности административного ответчика устранить нарушения прав, свобод и законных интересов административного истца или препятствия к их осуществлению либо препятствия к осуществлению прав, свобод и реализации законных интересов лиц, в интересах которых было подано соответствующее административное исковое заявление;

2) об отказе в удовлетворении заявленных требований о признании оспариваемых решения, действия (бездействия) незаконными (статья 227 КАС РФ).

### **1.9. Права лиц, страдающих психическими заболеваниями.**

Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от каких-бы то ни было обстоятельств. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами, предусмотренными Конституцией РФ и федеральными законами.

Государство устанавливает для них меры социальной поддержки: социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве;

решение вопросов опеки, консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях на период госпитализации недееспособных граждан;

общеобразовательное и профессиональное обучение инвалидов с психическими расстройствами; социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними.

В соответствии с Законом РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон «О психиатрической помощи»), ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании

психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также в стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, не допускается.

Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством РФ и субъектов РФ.

Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;

- получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

- пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях;

- все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

- оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки;

- приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым Законом «О психиатрической помощи»;

- помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.



### **1.10. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания.**

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Виды психиатрической помощи устанавливает статья 16 Закона «О психиатрической помощи».

Приведем характеристику конкретных видов психиатрической помощи и ее минимальный объем, гарантированный государством.

Психиатрическое освидетельствование проводится для определения, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя.

Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на проведение психиатрического освидетельствования подопечного не позднее дня, следующего за днем дачи указанного согласия.

Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, когда обследуемый несет непосредственную опасность для себя или окружающих.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением. Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде

консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. В отношении лица, страдающего психическим расстройством, в амбулаторных условиях осуществляются профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение в зависимости от медицинских показаний.

Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия.

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной министерством здравоохранения края.

Мотивированное решение комиссии врачей - психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано.

Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица страдающего психическим расстройством. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лица, страдающего психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 Закона «О психиатрической помощи».

Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей - психиатров.

Важным разделом психиатрической помощи являются и все виды психиатрической экспертизы. Проведение экспертизы является важной составной частью лечебно-диагностической работы врача, на которого ложится вся полнота ответственности за ее правильность. Без экспертной

оценки характера и глубины психического расстройства в аспекте его влияния на выполнение тех или иных социальных функций невозможно решить вопрос о необходимости защиты прав и законных интересов больного либо об их ограничении.

В настоящее время выделяют следующие виды экспертиз в психиатрии:

1. Судебно-психиатрическая экспертиза.
2. Военно-психиатрическая экспертиза.
3. Экспертиза временной нетрудоспособности.
4. Медико-социальная экспертиза (МСЭ).

Специфической разновидностью психиатрической экспертизы можно считать проведение обследований для определения пригодности к некоторым видам профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

Проводимые экспертные обследования помогают выносить квалифицированные и обоснованные заключения, необходимые для решения вопросов, связанных с психическим состоянием лица, страдающего психическим расстройством, и влекущие для него определенные правовые последствия.

#### **1.11. Основания и порядок госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в добровольном и недобровольном порядке.**

Основаниями для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, являются наличие у лица психического расстройства и решение врача - психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи. Основанием для помещения в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами РФ.

Пациенту должны быть разъяснены основания и цели госпитализации его в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, его права и установленные в указанной медицинской организации правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

Помещение лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, за исключением случаев, когда госпитализация в психиатрический стационар осуществляется в недобровольном порядке, осуществляется добровольно – по его просьбе или с его согласия. Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача -психиатра.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности ;
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Госпитализация должна оформляться как недобровольная в случаях, когда пациент по психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (находится, например, в состоянии острого психоза с измененным сознанием или в состоянии выраженного слабоумия).

Недобровольная госпитализация осуществляется врачом-психиатром независимо от желания пациента с учетом его непосредственной опасности для себя или окружающих. Это может быть врач психоневрологического диспансера либо врач скорой психиатрической помощи.

С этого момента к лицу могут быть применены меры физического стеснения (принуждение, сдерживание, фиксация), однако лишь в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача - психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализируемого лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц. При осмотре больного врач-психиатр приемного отделения, при отсутствии оснований для недобровольной госпитализации, вправе отпустить лицо из приемного покоя, если тот не даст согласие на госпитализацию.

В течение 48 часов с момента недобровольной госпитализации пациент подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-

психиатров с целью вынесения мотивированного заключения об обоснованности госпитализации (статья 32 Закона «О психиатрической помощи»).

В случае если госпитализация признается комиссией необоснованной, а пациент не желает оставаться в стационаре, он подлежит немедленной выписке даже при наличии показаний для добровольного стационарного лечения.

Если же госпитализация признается обоснованной, то психиатрическое учреждение в течение 24 часов направляет в суд по месту своего нахождения заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

При рассмотрении заявления также обязательно участие прокурора, что должно служить дополнительной гарантией правомерности удовлетворения судьей заявления о недобровольной госпитализации.

Рассмотрев заявление по существу, судья принимает решение, которым отклоняет или удовлетворяет заявление.

Решение судьи об удовлетворении заявления является основанием для недобровольной госпитализации и дальнейшего содержания лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в течение времени сохранения оснований, предусмотренных статьей 29 Закона «О психиатрической помощи», но не более чем на шесть месяцев, так как для более длительного срока пребывания лица в стационаре в недобровольном порядке потребуется новое судебное решение.

## МОДУЛЬ II

Темы занятия: особенности здоровья и организация медицинского обслуживания подопечных граждан; предоставление социального обслуживания подопечным гражданам; содержание и осуществление ухода за разными категориями подопечных граждан в стационарной и полустационарной формах.

Форма организации занятия: семинар, самостоятельная работа, индивидуальное консультирование.

Цель занятия: информирование кандидатов в опекуны об особенностях проблем здоровья подопечных; основных требованиях к их жилищным, бытовым, досуговым условиям проживания, видах и формах социальной помощи.

После занятия кандидаты должны знать:

- особенности состояния здоровья подопечных граждан;
- методы контроля за состоянием здоровья подопечных, а также техники проведения базовых медицинских процедур и манипуляций на дому;
- особенности питания и кормления подопечных;
- формы социального обслуживания и виды социальных услуг;
- права лиц, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, и обязанности этих учреждений.

После занятия кандидаты должны уметь:

- использовать полученные знания на практике в отношении подопечного;
- обеспечить безопасные условия для жизни подопечных граждан в доме и обществе;
- предотвращать риск жестокого обращения с подопечным в семье;
- оценивать возможный риск для жизни, здоровья и психологического благополучия подопечных и создавать безопасную среду их обитания, исключая домашний травматизм;
- обеспечить потребности подопечных граждан с учетом возможностей семьи;
- заботиться о здоровье подопечного.

Структура занятия:

1. Приветствие. Описание цели и структуры занятия.

### **Введение.**

2. Информационная часть.

Особенности состояния здоровья и течение заболеваний у недееспособных граждан; осуществление ухода на дому; обеспечение основных санитарно-гигиенических, двигательных потребностей недееспособных граждан; методы контроля за состоянием здоровья у подопечных; техники проведения базовых медицинских процедур и манипуляций на дому; особенности питания и кормления подопечных; оказание первой доврачебной помощи; профилактика пролежней у лежачих подопечных; приемы сохранения физической и социальной активности подопечного; предоставление социального обслуживания подопечным гражданам; формы социального обслуживания и виды социальных услуг; стационарозамещающие технологии организации жизни подопечных; организация безопасного жизненного пространства с учетом психического состояния подопечного; виды и способы предупреждения противоправных деяний и финансового мошенничества в отношении подопечного

- 3 Самостоятельная работа.
- 4 Индивидуальное консультирование.
- 5 Подведение итогов занятия.

### **Информационная часть.**

#### **2.1. Особенности состояния здоровья и течение заболеваний у недееспособных граждан.**

Считается, что дееспособность утрачена, если по причине психических расстройств человек не способен осознавать свои действия и их значимость.

К клинической группе признаков недееспособного человека можно отнести такие факторы:

- ☐ нарушение памяти, ярко выраженное снижение интеллекта;
- ☐ наличие психопатологической продуктивной симптоматики.

Речь идет о бреде и галлюцинациях. Из-за этого легко определить неправильное поведение, болезненную мотивацию. Ограниченный в действиях гражданин отличается от остальных;

☐ психическая активность снижается, с уровнем личности происходит то же самое.

Нозологические формы психических расстройств имеют следующие выражения:

- ☐ бредовые расстройства хронической формы;
- ☐ шизофрения;
- ☐ умственная отсталость;
- ☐ деменция или слабоумие.

Кратко рассмотрим каждую из этих форм.

Бредовое расстройство – тип психического заболевания, иначе называемое параноидным расстройством или психозом, которое характеризуется наличием хорошо систематизированного бреда.

Отличие бредового расстройства от шизофрении заключается в твердом убеждении больного в чем-либо ложном, но лишенном причудливости и воображения.

При данном расстройстве может проявляться бред преследования, бред ревности или неразделенной любви, дисморфофобия и т.д. Причем в реальности переживаемые больным ситуации могут быть либо неправдивы, либо преувеличены. При этом люди с бредовыми расстройствами часто социально активны и адекватны в областях, отличных от тематики бреда. Однако в некоторых случаях больные настолько поглощены своими навязчивыми идеями, что их жизни оказываются разрушенными.

Шизофрения – одно из самых распространенных заболеваний психики, но при этом одно из самых малоизученных, поскольку ее проявления слишком многообразны и могут маскироваться под другие психические расстройства. Больше всего при шизофрении страдают мышление и эмоции, поэтому человек начинает видеть мир искаженно. При этом зачастую близкие больного могут не догадываться, что с ним происходит что-то неладное, а сам больной до последнего считает, что он в полном порядке.

Чаще всего шизофрения начинается с изменений в поведении и настроении человека. Еще недавно он был добрый и общительный, а вдруг стал замкнутый и отстраненный или наоборот – агрессивный и раздражительный, причем даже по отношению к самым близким людям. Больной перестает интересоваться окружающим миром, его не интересует, что происходит вокруг или в его собственной семье. Шизофреник



становится равнодушен к своим увлечениям и хобби, он может перестать следить за собой – не умываться, не стричься, ходить в одной и той же грязной одежде. Многие из них жалуются на головную боль, тяжесть в затылке, слабость и бессонницу. Некоторые перестают испытывать голод или жажду, не чувствуют холод или жару. На ранних стадиях заболевания могут появиться навязчивые движения – у человека может дергаться уголок рта, рука или плечо, трястись руки или дрожать ноги. Также сильно меняются речь и мышление. Словарный запас становится скудным, больной отвечает на вопросы неохотно, односложно, или наоборот – его речь слишком экспрессивная, простой вопрос может вызвать настоящий поток сознания. Некоторые из них даже начинают выдумывать новые слова, уверяя, что они существуют на самом деле.

Умственная отсталость (олигофрения) – стойкое необратимое нарушение интеллекта и поведения органического генеза, которое бывает врожденным и приобретенным. Существует большое количество причин возникновения и развития умственной отсталости. Чаще всего олигофрения появляется из-за генетических нарушений или отягощенной наследственности.

Основная характеристика умственной отсталости заключается в том, что происходит недоразвитие познавательной деятельности и психики. Отмечаются признаки нарушения речи, памяти, мышления, внимания, восприятия и эмоциональной сферы. В некоторых случаях наблюдаются двигательные патологии.

Данная патология возникает у детей до трехлетнего возраста, когда психика ребенка должна развиваться, но в силу каких-либо внешних или внутренних обстоятельств этого не происходит, и человек останавливается в развитии на низком психическом уровне.

Деменция развивается в результате болезни, следствием которой являются прогрессирующие нарушения памяти, мышления и поведения, а также изменения личности больного. Наиболее распространенная причина развития деменции – болезнь Альцгеймера.

В основе заболевания лежит постепенное разрушение клеток и тканей головного мозга, особенно тех его участков, которые отвечают за память и мышление. Болезнь, как правило, продолжается 5–10 лет. Постепенно утрачиваются когнитивные функции (память, суждения,

абстрактное мышление, математические способности). Происходит распад эмоциональной сферы и личности в целом, утрачиваются двигательные навыки и особенно речевые. Больной перестает узнавать даже родных и близких, он прикован к постели, не может обслуживать себя. Болезнь поражает представителей всех социальных групп и не связана с

принадлежностью к определенному слою общества, полу, национальности и проживанием в определенной географической местности. Хотя наиболее часто заболевание отмечается у людей престарелого возраста, встречается оно и среди более молодых.

## **2.2. Осуществление ухода на дому. Обеспечение основных санитарно-гигиенических, двигательных потребностей недееспособных граждан.**

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

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

Осуществляя уход, необходимо знать факторы, ухудшающие функциональные способности подопечного, и по возможности исключить их. К ним относятся:

- незнакомые места;
- пребывание в одиночестве в течение длительного времени;
- избыточное количество внешних стимулов и раздражителей (например, встречи с большим числом незнакомых людей);
- темнота (необходимо подходящее освещение даже в ночное время);
- все инфекционные заболевания (наиболее часто – инфекции мочевыводящих путей);
- оперативные вмешательства и наркоз применяют лишь по абсолютным показаниям;
- жаркая погода (перегревание, потеря жидкости);

– прием большого количества лекарственных препаратов.

Таким образом, особого внимания заслуживают следующие мероприятия по уходу за подопечными в домашних условиях.

☐ Установите режим, но пытайтесь при этом сохранить привычные занятия.

В первую очередь необходимо установить определенный режим дня для подопечного, что позволит организовать и упорядочить его запутанную жизнь и поможет ему избавиться от необходимости принятия трудных решений. Режим дня должен включать привычные для него занятия, это поможет ему сохранить ощущение уверенности и защищенности.

☐ Помогайте сохранять чувство собственного достоинства.

Не забывайте, что вы ухаживаете за человеком – личностью, не лишенной чувств. Слова и поступки, как ваши, так и окружающих людей, могут обеспокоить подопечного, причинить ему обиду. Воздерживайтесь от обсуждения состояния подопечного в его присутствии или от критических замечаний в его адрес.

☐ Воздерживайтесь от конфликтов.

Любой конфликт приводит к ненужному стрессу для вас и для подопечного. Не привлекайте внимания подопечного к его неудачам и пытайтесь сохранять спокойствие. Желательно переключить его внимание на другой вид активности, который ему еще доступен.

Проявлением гнева или огорчения вы лишь ухудшите ситуацию.

Помните: виновата болезнь, а не человек. Не спорьте с подопечным – это только усугубит ситуацию. Не командуйте подопечным, не говорите, что ему нельзя делать. Вместо этого следует сказать, что ему можно делать.

☐ Давайте простые задания.

Не затрудняйте жизнь подопечному. Не предоставляйте ему слишком большой выбор. Давайте ему простые инструкции и простые задания.

☐ Сохраняйте чувство юмора.

Старайтесь смеяться вместе с подопечным (но не над ним!). Юмор часто отличным образом избавляет от стресса.

☐ Поощряйте спортивные занятия и физические упражнения, полезные для здоровья.

Физические упражнения позволяют во многих случаях на некоторое время поддержать функциональные способности подопечного, хотя за

рекомендациями по характеру и сложности упражнений лучше всё же обратиться к специалистам. Если до болезни человек любил работать в саду или на даче, ему может доставить удовольствие использование сохранившихся навыков. Однако нельзя забывать, что по мере прогрессирования заболевания способности и интересы подопечного могут меняться. Поэтому, осуществляя уход, важно внимательно наблюдать за подопечным и вносить необходимые изменения в характер и содержание его занятий.

□ Поддерживайте общение.

С развитием болезни общение между опекуном (родственниками) и подопечным может становиться всё труднее. Следует проверить зрение и слух у подопечного, при необходимости заказать более сильные очки, заменить слуховой аппарат.

При общении рекомендуется:

- уважительно обращаться к подопечному по имени (отчеству);
- говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу с подопечным, при этом держать голову на уровне его глаз;
- проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая подопечного, если это его не стесняет;
- внимательно выслушать подопечного;
- попытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с подопечным;
- избегать негативной критики, споров, конфликтов;
- перед тем как заговорить, проверить, слушает ли вас подопечный.

□ Пытайтесь создать условия для максимального проявления сохранившихся способностей.

Тщательно продуманные вами занятия могут повысить чувство собственного достоинства и самоуважения подопечного, придать его жизни цель и значение. Если до болезни человек много работал по дому или в саду, был художником или бизнесменом, он может получить удовольствие, используя имеющиеся у него связанные с этими занятиями способности. Не забывайте, например, что поскольку болезнь Альцгеймера

– заболевание прогрессирующее, вкусы и способности подопечного со временем могут меняться. Поэтому при планировании занятий тот, кто ухаживает за подопечным, должен проявлять наблюдательность и готовность менять характер занятий.

□ Используйте наглядные пособия для поддержки памяти подопечного.

На ранних стадиях болезни наглядные пособия могут помочь подопечному вспоминать определенные вещи и избегать путаницы. Вот несколько примеров:

- на видном месте поместите большие изображения родственников с четким указанием имен, чтобы подопечный мог постоянно напоминать себе, кто есть кто;

- обозначьте на дверях комнат их названия – обозначения (текстом или картинкой), сделайте их яркими, чтобы они больше выделялись.

На более поздней стадии болезни наглядные пособия не так полезны, как на ранней и средней стадиях.

□ Подопечный плохо спит.

Он может бодрствовать по ночам и мешать спать всей семье. Для лиц, осуществляющих уход за больным, это может быть самой изнурительной проблемой. Что можно сделать?

Попытайтесь не давать подопечному спать днем. Может помочь ежедневная длительная прогулка. Давайте больше физических занятий в дневное время. Следите за тем, чтобы подопечный, ложась спать, мог чувствовать себя комфортно и удобно.

□ Подопечный часто теряет вещи, обвиняет вас в краже.

Подопечный часто может забывать, куда он положил тот или иной предмет. Зачастую он обвиняет вас или других людей в краже потерянных вещей. Выясните, нет ли у подопечного укромного места, куда он прячет вещи. Держите у себя замену важных предметов, например запасную связку ключей или очки. Проверяйте мусорные ведра и корзины, перед тем как выкидывать из них мусор. На обвинения подопечного отвечайте ему спокойно, не раздражайтесь. Согласитесь, что вещь потеряна, и помогите ее найти.

□ Бродяжничество.

Иногда у подопечных проявляется склонность к бродяжничеству, что причиняет много беспокойства и тревог опекунам и родственникам. Подопечный может уйти из дома и блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении и заблудиться, оказаться даже в другом городе. Если подопечный покидает дом один, необходимо позаботиться о его безопасности:

- сделайте так, чтобы у него всегда был при себе какой-либо документ, удостоверяющий личность;

– позаботьтесь, чтобы в кармане одежды лежала записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно связаться с опекуном и ближайшими родственниками подопечного;

– убедитесь в том, что все выходы из дома хорошо запираются, что в доме/квартире подопечный находится в безопасности и без вашего ведома не сможет уйти из дома;

– если всё же подопечный заблудился, контролируйте свои эмоции, говорите спокойно, не ругайте его, пытайтесь выразить ему свою поддержку, когда его находят;

– полезно иметь недавно сделанную фотографию подопечного на случай, если он заблудится и вам понадобится помощь других людей в его поиске;

– для борьбы с бродяжничеством можно прикрепить ко всем дверям небьющиеся зеркала: собственное отражение в зеркале отвлекает подопечного от намерения открыть дверь.

#### ☐ Бред и галлюцинации.

У подопечных могут возникать бредовые идеи и галлюцинации. Бредовые идеи характеризуются появлением у подопечного ложных убеждений. Например, подопечному кажется, что его преследуют, хотят отравить, причинить вред и т.д. Бредовые идеи воспринимаются им как реальность, вызывающая страх. У подопечного возможны зрительные и слуховые галлюцинации, он может видеть или слышать то, чего не существует на самом деле, например фигуры или голоса людей, разговаривающих в комнате. В таких случаях рекомендуется:

– не спорить с подопечным о реальности увиденного или услышанного им, так как, если он ощущает, что должен защищать свои собственные взгляды, это может привести к усилению бреда;

– если подопечный испуган, постарайтесь успокоить его: возьмите его ласково за руку, говорите мягким, спокойным голосом;

– отвлеките внимание подопечного от галлюцинации, обратив его внимание на реально находящийся в помещении предмет;

– обратитесь за консультацией к врачу: возможно, состояние подопечного обусловлено применением лекарственных препаратов.

#### ☐ Агрессивное поведение.

Серьезной проблемой для лиц, осуществляющих уход, может стать проявление агрессивности и насилия со стороны подопечного. В таких случаях могут быть полезными следующие советы:

- старайтесь сохранять спокойствие, не проявляйте собственного страха или беспокойства;

- всеми возможными методами следует избегать ответной агрессивности; обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию подопечного;

- не следует находиться к подопечному слишком близко, он может воспринять это как угрозу;

- постарайтесь переключить внимание подопечного на более спокойное занятие;

- постарайтесь определить, что вызвало такую реакцию подопечного, и проследите за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись;

- если агрессивное поведение подопечного часто повторяется, необходимо обратиться за помощью к специалисту.

При осуществлении ухода за подопечным очень важно уделить внимание санитарно-гигиеническим мероприятиям.

#### □ Купание и личная гигиена.

Подопечный может забывать умыться, не видеть необходимости в умывании или не помнить, как это делается. Предлагая подопечному свою помощь, постарайтесь сохранить его личное достоинство:

- при умывании пытайтесь придерживаться прежних привычек подопечного. Старайтесь сделать умывание максимально приятным, помочь подопечному расслабиться. Принятие душа может быть проще, чем купание в ванне, однако если человек не привык принимать душ, это может его беспокоить;

- если подопечный отказывается от купания или душа, подождите некоторое время – настроение может измениться;

- пусть подопечный всё, что он еще может, делает сам;

- если подопечный смущается при купании или принятии душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела;

- не забывайте о безопасности, ее обеспечивают надежно закрепленные предметы, ручки или перила, за которые можно ухватиться, коврик, на котором нельзя поскользнуться, а также дополнительный устойчивый стул;

- если, помогая подопечному мыться, вы каждый раз сталкиваетесь с проблемами, попросите, чтобы вам кто-нибудь помогал.

#### □ Одевание.

Подопечный может забыть процедуру одевания, не видеть

необходимости в смене одежды. Иногда в присутствии людей подопечные появляются одетыми неподобающим образом. В таких ситуациях рекомендуется:

- положить одежду подопечного в том порядке, в котором ее необходимо надевать;
- избегать одежды со сложными застежками, использовать предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.;
- не торопить подопечного при одевании, поощрять его самостоятельные действия;
- обувь должна быть удобной, нескользкой, на резиновой подошве, свободной, но не спадающей с ноги.

#### □ Посещение туалета.

Подопечные могут забывать, где находится туалет и что в нем делать, перестают ощущать, когда следует пойти в туалет. В таких случаях могут быть полезными следующие советы:

- поощряйте посещение подопечным туалета;
- установите определенный режим посещения;
- обозначьте дверь в туалет большими цветными буквами;
- оставьте дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти;
- убедитесь, что одежда подопечного легко снимается;
- в рамках разумного ограничьте прием жидкости перед сном;
- рядом с постелью можно поставить ночной горшок;
- при необходимости используйте памперсы.

Уход за подопечным с дефицитом самообслуживания в домашних условиях требует особой организации быта, внимания к его потребностям, наличия специальных приспособлений в комнате. Обеспечение комфортных условий предполагает следующие мероприятия:

- **комната должна быть** достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом не должно возникать чувства изоляции от внешнего мира. Мебель и другие предметы домашнего обихода не должны усложнять уборку в комнате. Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно было бы использовать в качестве опоры. Коврик перед кроватью не должен скользить. Освещение в комнате не должно быть ярким, наоборот, оно должно вносить умиротворение. Комнату следует хорошо проветривать, не



менее двух раз в день. Температура воздуха должна быть оптимальной:  $21^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ ;

– кровать по возможности поставьте так, чтобы к ней был открыт доступ со всех сторон. Это поможет вам переворачивать подопечного, мыть его, менять постельное белье. Если человек прикован к кровати или проводит в ней большую часть своего времени, необходимо весьма тщательно подойти к выбору кровати, которую можно взять напрокат. Если нет возможности использовать функциональную кровать, то обратите внимание на высоту – она должна быть не ниже 60 см.

Достичь необходимой высоты можно с помощью матрасов, уложенных друг на друга.

Преимущества функциональной кровати:

- вы можете регулировать высоту кровати;
- при уходе вам не нужно будет наклоняться;
- можно поднимать головную или ножную часть кровати;
- боковые защитные решетки не дают подопечному упасть.

Желательно поставить кровать головной частью к стене, чтобы можно было подойти со всех сторон. Стулья, вставленные в каркас обычной кровати, помогут заменить боковые решетки;

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

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

В каждом конкретном случае следует получить консультацию у врача об особенностях постели, необходимой для подопечного. Например, людям с заболеваниями позвоночника, особенно после травм позвоночника, требуется постель с твердой и ровной поверхностью; пациентам с сердечной недостаточностью нужно придать полусидячее положение в

постели. В последнем случае, помимо подголовника, нужно сделать упор для ног, чтобы подопечный не сползал.

Рядом с кроватью необходимо поставить небольшой столик или прикроватную тумбочку, шкаф с вещами. На тумбочке всегда должна стоять питьевая вода, настольная лампа, лежать очки, колокольчик, которым можно кого-либо подзвать. В выдвижной ящик тумбочки положите термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию, перевязочные средства (если необходимо). В нижнем отделении тумбочки разместите одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, прокладки, штанишки для их фиксации, полиэтиленовые пакеты для сбора мусора. Рядом с кроватью можно поставить переносной кресло-туалет. В изголовье постели поместите бра, настольную лампу, торшер;

– **распорядок дня.** Для ухода за подопечным дома нужно не только приобрести необходимые средства, но и составить индивидуальный план ухода – распорядок дня. При составлении плана необходимо учесть потенциал и потребности подопечного. Если в уходе вам помогают другие члены семьи, то ведение дневника ухода поможет сориентироваться в гигиенических и лечебных процедурах, которые вы выполнили, чтобы не повторять их, сэкономив средства, силы и время.

### **Примерный распорядок дня**

Время	Действия
7:00	Туалет (возможно использование кресла-туалета). Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости)
7:15	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание комнаты
8:00	Завтрак
8:30	Время покоя подопечного. Уборка комнаты
10:30	Профилактические и/или лечебные мероприятия. Питьевой режим (сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (по необходимости). Подготовка к обеду
12:30	Обед

13:00– 15:30     Послеобеденный сон

15:30– 18:00     Питьевой режим (чай, сок, минеральная вода по желанию).

Туалет или смена подгузника (по необходимости).

Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости).

Подготовка к ужину

18:00            Ужин

18:30            Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (по необходимости). Проветривание помещения.

20:00–21.30     Просмотр телепередач, чтение литературы

21:30            Подготовка ко сну

22:30–7.00      Сон

### **2.3. Методы контроля за состоянием здоровья у подопечных.**

**Техники проведения базовых медицинских процедур и манипуляций на дому.**

Каждый ухаживающий за подопечным, нуждающимся в постороннем уходе, должен уметь измерить артериальное давление, чтобы предотвратить ухудшение состояния здоровья.

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

АД измеряется в миллиметрах ртутного столба и записывается в виде двух цифр (например: 120/80 мм рт. ст.). АД является физиологической величиной, оно подвержено колебаниям, которые зависят от многих факторов: погодных условий, физической нагрузки, психологического состояния человека и т.д. Даже у людей, не имеющих проблем со здоровьем, уровень АД изменяется в течение дня. У здорового человека это повышение является кратковременным, и АД быстро возвращается к исходному уровню. Нормальные показатели АД для взрослых составляют: систолическое – от 110 до 139 мм рт. ст., диастолическое – от 60 до 89 мм рт. ст. Неоднократное и стойкое повышение АД от 140/90 мм рт. ст. и выше – это уже артериальная гипертония. Причем повышаться может только систолическое или

только диастолическое АД либо и то и другое. АД ниже 110/60 мм рт. ст. считается гипотонией.

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

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

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

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

Рекомендуется произвести измерение дважды с интервалом не менее одной – трех минут и рассчитать среднее значение АД .

При измерении АД у подопечного необходимо соблюдать некоторые рекомендации:

- примерно за полчаса до начала измерения АД подопечный должен прекратить любой физический труд и нагрузку, не употреблять пищу, кофе, не курить, стараться не подвергаться эмоциональным переживаниям;

- в период измерения прибором подопечный должен сидеть в достаточно расслабленной позе, ноги не скрещивать;

- сохранять статичность позы во время измерения для точных показаний и не разговаривать;

- рука, на которую надевается манжетка, должна опираться на стол или другую поверхность и находиться на уровне груди, при этом спину желательно держать прямой;

– необходимо проводить измерение на двух руках с небольшим временным интервалом, например в 5– 10 минут.

В случае подтверждения повышенного или пониженного давления немедленно обратиться к врачу.

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

Артериальный пульс подразделяется на центральный и периферический. Центральный пульс легче всего определить на сонных (на шее рядом с вертикально расположенной мышцей) и височных артериях. Отсутствие центрального пульса означает клиническую смерть.

Периферический пульс определяется на периферических артериях, чаще на лучевой (на нижней части предплечья со стороны ладони), его характер зависит от разных условий, чаще от АД. При систолическом АД 70 мм рт. ст. и ниже периферический пульс может не определяться, в этом случае необходимо немедленно найти и оценить центральный пульс.

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

При этом важно соблюдать ряд рекомендаций:

☐ оптимальным периодом суток для измерения пульса является время до полудня. При этом выберите промежуток времени между приемами пищи, не после еды, но и не на пустой желудок ;

☐ перед измерением пульса рекомендуется занять удобную позу, побыть в ней около 10 минут, исключая какие-либо нагрузки, в том числе умственные. Температура в комнате должна быть оптимальной;

☐ исключено употребление лекарств и алкогольных напитков перед началом процедуры, а также прием горячей ванны.

Самостоятельное измерение пульса позволяет лишь обнаружить или предположить наличие проблемы со здоровьем подопечного. Это становится поводом для похода к врачу, но самостоятельно предпринимать опекуну какие-

либо действия, например пытаться повысить или понизить пульс у подопечного медикаментозно, не рекомендуется.

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

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

При лихорадке нарушаются все виды обмена веществ. Увеличивается количество токсических продуктов (азота), выводимых с мочой, повышается содержание сахара в крови, усиливается жировой обмен, нарушается водно-солевой баланс. Повышение температуры сопровождается ускорением ритма сердца на 10 ударов. Дыхание при лихорадке учащается параллельно повышению ритма сердечных сокращений и температуры тела. Лихорадка возникает не только в ответ на инфекцию, но бывает и неинфекционной. Последняя возникает при всасывании продуктов распада поврежденных тканей (кровоизлияние, введение в организм чужеродного белка, повреждение центральной нервной системы, отравление). Показания температуры не выше 38 °С называется субфебрильной, от 38 до 39 °С – фебрильной. Лихорадка выше 39 °С у подопечных уже может быть угрожающей для жизни, и это требует срочной медицинской врачебной помощи.

Подопечным рекомендовано измерение температуры тела два раза в день: утром натощак (с семи до девяти часов) и вечером перед последним приемом пищи (17– 19 часов). При необходимости – по назначению врача – температуру измеряют через каждые два-три часа.

Разница между утренней и вечерней температурами составляет 0,3–0,5 °С. Место измерения температуры: подмышечная впадина (36–37 °С в норме), полость рта (под языком), прямая кишка. В полости рта и прямой кишке температура выше на 0,5–0,8 °С. При измерении в подмышечной впадине необходимо точно вложить в нее термометр. Она должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды. При измерении температуры в прямой кишке человек лежит на боку или спине, а термометр смазывают, вводят вращающим движением в прямую кишку и удерживают рукой.

Частота дыхательных движений (ЧДД). В норме ЧДД взрослого человека в состоянии покоя составляет 16–20 в минуту. Дыхание должно быть ритмичным. Учащение ЧДД бывает при высокой температуре, пневмонии, сердечной недостаточности. Урежение ЧДД является тревожным симптомом, за которым может последовать полное отсутствие дыхательных движений (апноэ). Апноэ может быть произвольным, когда подопечный сам задерживает дыхание, и патологическим (во время клинической смерти). Если это происходит внезапно, неожиданно, показано проведение искусственного дыхания. При определении ЧДД одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Для подсчета ЧДД удобнее положить ладонь на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или на верхнюю часть живота (при брюшном типе дыхания). Подсчитывается число дыханий за одну минуту.

Физиологические отправления. Мочеиспускание и опорожнение кишечника – естественные физиологические отправления организма. Они могут и должны быть контролируемы. При субъективной оценке удовлетворения потребности подопечного в физиологических отправлениях следует выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать мочеиспускание и опорожнение кишечника, уточнить частоту и характер отпавлений.

Для достижения цели при обеспечении потребности в физиологических отправлениях необходима их регулярная оценка. Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях – характера стула.

Наблюдение за кожным покровом имеет большое значение, поскольку кожа подопечных имеет особенности, связанные с происходящими изменениями в организме. Возникают различные дерматологические заболевания, не характерные для молодых и здоровых людей. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним.

Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным подопечным необходимо регулярно проводить профилактику пролежней.

Физиотерапевтические процедуры на дому.

Простые процедуры в домашних условиях для уменьшения местного воспаления, болей в суставах и позвоночнике широко применяются в

бытовой практике и относятся к категории физиотерапевтических процедур.

Физиотерапией называют воздействие на организм с лечебной целью различными природными физическими факторами: водой, теплом, холодом, светом, электричеством, ультразвуком и пр. Лечебный эффект многих простейших физиотерапевтических процедур объясняется прежде всего наличием тесной нервно-рефлекторной связи между внутренними органами и отдельными участками кожи, имеющими общую иннервацию. Оказывая сильное раздражающее действие на периферические кожные рецепторы этих зон, физические факторы рефлекторно могут изменять интенсивность кровообращения и обменных процессов.

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

Показания:

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

Противопоказания:

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

Наложение компресса.

Компресс состоит из трех слоев:

- кусок ткани, сложенный в несколько слоев, смачивают в растворе для компресса комнатной температуры (18–20 °С), отжимают и прикладывают к коже;
- клеенка или вощеная бумага (больше влажного слоя на два-три сантиметра);
- слой ваты еще большей площади.

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

Растворами для компресса могут быть теплая вода, слабый раствор уксуса (одна чайная ложка на 0,5 л воды), водка, одеколон или спирт, разбавленный



водой (1:2), 3% раствор соды, вазелиновое, камфорное или растительное масла с этиловым спиртом в разведении 1:1, меновазин, медицинская желчь.

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

Поэтому компресс нужно накладывать аккуратно, соблюдая все правила.

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

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

#### Горчичники.

Лечебный эффект горчичников обусловлен преимущественно влиянием на кожу эфирного горчичного масла, которое входит в состав горчицы и выделяется из нее при температуре 40–45 °С.

Оказывая раздражающее действие на кожу, эфирное горчичное масло вызывает расширение ее сосудов, прилив крови к соответствующему участку кожи и рефлекторное расширение кровеносных сосудов в более глубоко расположенных тканях и органах. Кроме того, горчичники обладают болеутоляющим и отвлекающим свойством.

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

## **2.4. Особенности питания и кормления подопечных.**

Питание – физиологический акт, направленный на поддержание жизни и здоровья человека с помощью пищи. Пища – источник энергии, необходимый для функционирования организма.

Научные исследования доказывают: качественное питание и соблюдение диетических факторов способны замедлить либо облегчить течение заболеваний, приводящих к потере дееспособности. Нередко психические расстройства связаны с потерей аппетита и на поздних этапах

– с тяжелыми расстройствами процесса приема пищи, вроде потери навыков пережевывания пищи и глотания. В результате возможен существенный дефицит калорий и витаминов, нехватка питательных веществ – белков и углеводов. Специалисты из международной организации Alzheimer's Disease International утверждают, что 10% больных с диагнозом – Альцгеймер, которые проживают дома, и 30% пациентов, находящихся в специализированных интернатах, испытывают трудности, связанные с неполноценным питанием

11. Причины подобного явления кроются отнюдь не в отсутствии достаточного ухода и заботы со стороны близких, а в одном из следующих факторов:

- потеря аппетита;
- трудности с глотанием;
- утрата способности распознавать вкус продуктов и запахи;
- побочное действие принимаемых лекарств.

Недостаточное питание, в свою очередь, ослабляет подопечного, увеличивает риск попадания в больницу, провоцирует слабость, а значит – возрастает вероятность падений. Следствием уменьшения количества жидкости является обезвоживание и снижение когнитивных функций.

Как исправить проблемы с питанием недееспособного человека? Первым шагом должно стать выявление причин. Опекуну следует уточнить у лечащего врача побочные эффекты назначаемых лекарств, организовать правильный режим дня, включающий прогулки на свежем воздухе и посильные физические упражнения. В зависимости от установленных причин выбираются методы решения проблемы:

□ вернуть аппетит помогут любимые блюда подопечного, включенные в рацион, дробное питание небольшими порциями, совместное приготовление блюд, ненавязчивые напоминания о необходимости поесть;

□ если утрачены вкусовые и обонятельные способности, нужно постараться определить, какие вкусы подопечный еще способен узнавать, и включить в рацион соответствующие блюда. Пищу в таких случаях рекомендуется подавать на яркой, привлекающей внимание посуде.

□ Расстройство глотательной функции – дисфагия – наиболее серьезная проблема, которая может быть вызвана болью в ротовой полости из-за инфекции, забывчивостью, неправильно установленными зубными протезами. Для ее преодоления следует отдавать предпочтение мягким пюреобразным блюдам, проводить тщательную гигиену полости рта подопечного;

□ проблемы с координацией, сильный тремор рук могут смущать подопечного настолько, что он предпочтет отказаться от пищи, чтобы не поставить себя в неловкое, по его мнению, положение. Совершеннолетнему человеку всегда непросто смириться с ситуацией, когда его кормят из ложечки. Поэтому опекун должен принять меры, чтобы сгладить неловкость. Допускается даже подача блюд в форме, позволяющей брать еду руками;

□ отказ подопечного от пищи или переедание также не безосновательны. Причина может заключаться в слишком шумной обстановке во время приема пищи, эмоциональном потрясении, чрезмерном количестве предметов или блюд на столе. Правильно установив причину, можно относительно легко скорректировать данную поведенческую проблему.

Составляя меню, предпочтение следует отдавать здоровой полезной пище. От переработанной пищи, содержащей красители, консерванты, ароматизаторы, необходимо по возможности отказаться. Прием пищи должен проходить в спокойной тихой обстановке с возможностью общения или в иной форме социального взаимодействия.

Диета для подопечных должна соответствовать основным принципам правильного питания. К ним относятся:

- адекватность (достаточность). Питание должно соответствовать энергозатратам организма;
- сбалансированность. Питание должно быть сбалансировано по основным питательным веществам;
- регулярность. Следует обеспечить определенное количество приемов пищи в день;
- безопасность. Нужно соблюдать гигиену, уметь различать несвежие и свежие продукты.

Энергетическая ценность пищевого рациона должна соответствовать реальным энергетическим затратам организма.

Рацион подопечного составляют с учетом заболеваний. Показано, что энергетическая потребность организма у маломобильных людей снижена из-за уменьшения интенсивности обменных процессов и ограничения физической активности. Снижение калорийности достигается за счет

ограничения сахара, кондитерских и мучных изделий, жирных мясопродуктов и других источников животных жиров.

У подопечных со значительными ограничениями физической активности суточная калорийность может снижаться до 1500 ккал.

Питание подопечных должно быть разнообразным и сбалансированным по основным питательным компонентам. В среднем в рационе белки должны составлять 15%, жиры – 25–30%, углеводы – 55–60%, также требуется достаточное количество витаминов и минеральных веществ, в первую очередь кальция, калия и железа.

Полноценная пища, богатая белком, обеспечивает человека энергией, стимулирует рост и развитие клеток мышц и кожи, помогает им регенерироваться, в частности способствует заживлению пролежней. В день подопечному необходимо употреблять один грамм белков на каждый килограмм собственного веса.

Белковое питание не должно быть жирным. Оптимально подойдут:

- белки яиц;
- рыба, постное мясо (курица, индейка);
- нежирные молочные продукты (йогурт, кефир, зернистый творог).

Также организму подопечного нужны полиненасыщенные и мононенасыщенные жиры. Рацион должен включать отдельные рыбные сорта (скумбрия, тунец, лосось, сардина), оливковое масло.

Важно, чтобы в рационе преобладали сложные углеводы:

- овощи;
- цельнозерновые хлебные продукты;
- макаронные изделия.

Такой рацион защитит от резкой потери веса.

Важна растительная клетчатка. Она защищает от тяжелых запоров, ограждает от резких скачков уровня глюкозы, притормаживая усвоение углеводов. Но злоупотреблять клетчаткой нельзя, иначе метаболизм только ухудшится. Подопечным очень важны витамины, богатые антиоксидантами, особенно витамин А. Этого вещества много в овощах (моркови, тыкве, пекинской капусте). Кроме того, важен витамин С, который содержится во фруктах. Витамины А и С улучшают иммунитет, регенерируют collagen, ткани, ограждают от инфекций мочеполовой системы.

Особенно значим из минералов кальций (его много в молочных продуктах). Без этого минерала у подопечного станут хрупкими кости, начнут

развиваться тяжелые заболевания опорно-двигательного аппарата (остеопороз, остеомалация). Никак не обойтись без железа. Из-за дефицита этого минерала понизится уровень гемоглобина, клетки будут хуже снабжаться кислородом, начнется анемия. Железа много в белых бобах, шпинате, морепродуктах. Усваиваться этому минералу помогает витамин С. Для костей необходим витамин D. Он помогает кальцию перевариться. Чтобы получить дневную норму этого вещества, необязательно употреблять продукты. Нужно просто, чтобы подопечный 10 минут в день находился под прямыми солнечными лучами. Этот витамин в организме синтезируется под воздействием ультрафиолета. Если солнечные лучи недоступны, тогда необходимо давать столовую ложку рыбьего жира, изобилующего витамином D. Питание должно быть регулярным с равномерным распределением пищи по отдельным приемам. Принимать пищу следует в одно и то же время. В таком случае вырабатывается условный рефлекс: в установленное время наиболее активно выделяется желудочный сок и возникают благоприятные условия для переваривания пищи. При составлении графика питания учитывайте режим дня подопечного и время приема медикаментов.

Для подопечного желателен пятиразовый режим питания:

- первый завтрак – 25%;
- второй завтрак – 15%;
- обед – 30%;
- ужин – 20%;
- второй ужин – 10% суточной калорийности.

Подопечный должен пить много жидкости, чтобы уменьшить опасность образования камней в почках, развития инфекций мочеполовой системы. Общий объем жидкости – 1,5–2 литра в сутки.

Для питья необходимо иметь две емкости: для холодных и горячих напитков. Если человеку сложно пить из кружки, используйте специальные поильники, из которых жидкость вытекает маленькими порциями.

Предпочтение следует отдавать минеральной негазированной воде, слабозаваренному чаю, несладким компотам, отвару шиповника.

Подопечные нередко забывают есть, могут не помнить, как пользоваться вилкой или ложкой. На поздних стадиях заболевания подопечного нужно кормить. Могут появиться и физические проблемы – отсутствие способности нормально жевать и глотать пищу.

Выделим особенности приема пищи при различных видах и типах ограниченной мобильности.

Кормление лежачего подопечного.

Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специально предназначенный для этих целей халат или фартук. Комната, в которой находится подопечный, должна быть подготовлена для приема пищи. Убирают всё, что способно подавлять аппетит: банки с мокротой, судна, мочеприемники, лекарства с резким и неприятным запахом. Температура первых блюд не должна превышать 60–65 °С, вторых блюд – 55–60 °С, а температура холодных закусок должна составлять 7–14 °С.

Желательно, чтобы блюда в пределах диетических возможностей были украшены зеленью, овощами, разрешенными приправами, которые способствуют повышению аппетита.

Следует помочь подопечному принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Подопечному накрывают грудь нагрудником, если подопечный пользуется зубными протезами – одевают их. Перед началом приема пищи подопечному предлагают попить – это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить подопечного, одной рукой поддерживают голову, а другой – держат кружку, из которой он пьет. Если подопечного поят из поильника, воду выливают под язык или за щеку, но не на язык, так как это увеличивает риск аспирации.

При подаче пищи ложкой она должна быть наполнена не более чем на 2/3. Еду в рот подают сбоку с неповрежденной стороны. Сначала касаются ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так подопечный поймет, что ложка с пищей находится у него во рту, и прикроет рот. Далее аккуратно вынимают ложку изо рта, скользя ей по верхней губе. После этого делают паузу, чтобы подопечный мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи подопечному предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот подопечного салфеткой. После кормления подопечному помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.

Для удобства используются специальные устройства и приспособления:

- ортопедические воротники, поддерживающие голову в нужном положении;
- столики, устанавливающиеся на бортиках функциональной кровати;
- прикроватные столики;
- столики с бортиками и подвижной поверхностью;
- приспособления, поддерживающие предплечье;
- ремни, которые поддерживают корпус, голову и руки;

- переносные подставки для посуды на ножках, которые можно ставить на кровать перед подопечным;
- протезные устройства, обеспечивающие движение руки.

Кормление частично мобильного подопечного. Если подопечный может сидеть в постели или за столом и есть сам, перед едой его необходимо посадить в кровати или за стол и убедиться в том, что он находится в правильном положении для приема пищи. Перед едой подопечный обязательно моет руки, а грудь прикрывает фартучком. Проверив температуру пищи, еду можно подать на подносе, выбрав нужную посуду. Если пищу подают в тарелке, следят за тем, чтобы еда не лежала на тарелке горкой (желательно измельчить пищу, например, нарезать овощи, мясо и рыбу разломить на кусочки). Подопечный может есть с подноса, если ему удобно.

Еду можно поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой, либо усадить его за стол. Для того чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, следует использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды. Необходимо заранее выяснить, из чего подопечному удобнее пить. Важно, чтобы пища выглядела привлекательно и возбуждала аппетит. Подопечного не следует оставлять одного во время приема пищи.

Если у подопечного нарушена функция глотания, определите, какую пищу он не может глотать: твердую, полужидкую, жидкую, любую. После этого обратитесь к врачу за рекомендациями по питанию!

Необходимо придерживаться определенных правил при кормлении подопечного с нарушением глотания:

- не следует давать большое количество пищи сразу, желательно разбить кормление на несколько небольших порций;
- необходимо выбирать более грубую пищу, так как вероятность ее попадания в дыхательные пути минимальна;
- пища должна быть ароматной и аппетитной;
- не следует кормить подопечного в положении лежа;
- напитки необходимо подавать строго до или после, но не во время основного приема пищи;
- не следует запрокидывать голову подопечного назад;
- по возможности выделяйте на кормление больше времени.

Крайне важно отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании: кисломолочная продукция, фрукты, варенье, сиропы. Следует

также отказаться от очень сухих, жестких блюд: крекеры, поджаренные ломтики хлеба. Приготовленный рис может слипаться или быть жестким, потому следует убедиться в том, что его консистенция оптимальна (при этом будет легким процесс разжевывания и отсутствовать риск прилипания к ротовой полости).

## **2.5. Оказание первой доврачебной помощи.**

**Первая помощь** – это комплекс срочных мер, направленных на спасение жизни человека. Несчастный случай, бытовые травмы, резкий приступ заболевания, отравление – в этих и других чрезвычайных ситуациях необходима грамотная первая помощь. Умение оказать первую помощь – элементарный, но очень важный навык. В экстренной ситуации он может спасти жизнь подопечному.

Алгоритм оказания первой помощи.

Чтобы не растеряться и грамотно оказать первую помощь, важно соблюдать следующую последовательность действий:

1. Убедиться, что при оказании первой помощи вам ничего не угрожает и вы не подвергаете себя опасности.

2. Обеспечить безопасность пострадавшему и окружающим (например, извлечь пострадавшего из горящего автомобиля).

3. Проверить наличие у пострадавшего признаков жизни (пульс, дыхание, реакция зрачков на свет) и сознания. Для проверки дыхания необходимо запрокинуть голову пострадавшего, наклониться к его рту и носу и попытаться услышать или почувствовать дыхание. Для обнаружения пульса необходимо приложить подушечки пальцев к сонной артерии пострадавшего. Для оценки сознания необходимо по возможности взять пострадавшего за плечи, аккуратно встряхнуть и задать какой-либо вопрос.

4. Вызвать специалистов: 112 – с мобильного телефона, с городского – 03 (скорая) или 01 (спасатели).

5. Оказать неотложную первую помощь. В зависимости от ситуации это может быть:

- восстановление проходимости дыхательных путей;
- сердечно-легочная реанимация;
- остановка кровотечения и другие мероприятия.

6. Обеспечить пострадавшему физический и психологический комфорт, дождаться прибытия специалистов.



### **Искусственное дыхание.**

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – это введение воздуха (либо кислорода) в дыхательные пути человека с целью восстановления естественной вентиляции легких. Относится к элементарным реанимационным мероприятиям.

Типичные ситуации, требующие ИВЛ:

- автомобильная авария;
- происшествие на воде;
- удар током и другие.

Существуют различные способы ИВЛ. Наиболее эффективным при оказании первой помощи неспециалистом считается искусственное дыхание рот в рот и рот в нос. Если при осмотре пострадавшего естественное дыхание не обнаружено, необходимо немедленно провести искусственную вентиляцию легких.

Техника искусственного дыхания рот в рот.

1. Обеспечьте проходимость верхних дыхательных путей. Поверните голову пострадавшего набок и пальцем удалите из полости рта слизь, кровь, инородные предметы. Проверьте носовые ходы пострадавшего, при необходимости очистите их.

2. Запрокиньте голову пострадавшего, удерживая шею одной рукой. Не меняйте положение головы пострадавшего при травме позвоночника!

3. Положите на рот пострадавшего салфетку, платок, кусок ткани или марли, чтобы защитить себя от инфекций. Зажмите нос пострадавшего большим и указательным пальцем. Глубоко вдохните, плотно прижмитесь губами ко рту пострадавшего. Сделайте выдох в легкие пострадавшего. Первые 5–10 выдохов должны быть быстрыми (за 20–30 секунд), затем – 12–15 выдохов в минуту.

4. Следите за движением грудной клетки пострадавшего. Если грудь пострадавшего при вдохе воздуха поднимается, значит, вы всё делаете правильно.

### **Непрямой массаж сердца.**

Если вместе с дыханием отсутствует пульс, необходимо сделать непрямой массаж сердца. Непрямой (закрытый) массаж сердца, или компрессия грудной клетки, – это сжатие мышц сердца между грудиной и позвоночником в целях поддержания кровообращения человека при остановке сердца.

Относится к элементарным реанимационным мероприятиям.

Внимание! Нельзя проводить закрытый массаж сердца при наличии пульса.

### **Техника непрямого массажа сердца.**

1. Уложите пострадавшего на плоскую твердую поверхность. На кровати и других мягких поверхностях проводить компрессию грудной клетки нельзя.

2. Определите расположение у пострадавшего мечевидного отростка. Мечевидный отросток – это самая короткая и узкая часть грудины, ее окончание.

3. Отмерьте 2–4 см вверх от мечевидного отростка – это точка компрессии.

4. Положите основание ладони на точку компрессии. При этом большой палец должен указывать либо на подбородок, либо на живот пострадавшего, в зависимости от местоположения лица, осуществляющего реанимацию. Поверх одной руки положите вторую ладонь, пальцы сложите в замок. Надавливания проводятся строго основанием ладони – ваши пальцы не должны соприкасаться с грудной пострадавшего.

5. Осуществляйте ритмичные толчки грудной клетки сильно, плавно, строго вертикально, тяжестью верхней половины вашего тела. Частота – 100–110 надавливаний в минуту. При этом грудная клетка должна прогибаться на 3–4 см.

Если одновременно с закрытым массажем сердца проводится ИВЛ, каждые два вдоха должны чередоваться с 30 надавливаниями на грудную клетку.

Если во время проведения реанимационных мероприятий у пострадавшего восстановилось дыхание или появился пульс, прекратите оказание первой помощи и уложите человека на бок, положив ладонь под голову. Следите за его состоянием до прибытия медиков.

### **Прием Геймлиха.**

При попадании пищи или инородных тел в трахею она закупоривается (полностью или частично) – человек задыхается.

### **Признаки закупоривания дыхательных путей:**

□ отсутствие полноценного дыхания. Если дыхательное горло закупорено не полностью, человек кашляет; если полностью – держится а горло;

- ☐ неспособность говорить;
- ☐ посинение кожи лица, набухание сосудов шеи.

Очистку дыхательных путей чаще всего проводят по методу Геймлиха.

1. Встаньте позади пострадавшего.
2. Обхватите его руками, сцепив их в замок, чуть выше пупка, под реберной дугой.
3. Сильно надавите на живот пострадавшего, резко сгибая руки в локтях.

Не сдавливайте грудь пострадавшего, за исключением беременных женщин, которым надавливания осуществляются в нижнем отделе грудной клетки.

4. Повторите прием несколько раз, пока дыхательные пути не освободятся.

Если пострадавший потерял сознание и упал, положите его на спину, сядьте ему на бедра и обеими руками надавите на реберные дуги.

### **Кровотечение.**

Остановка кровотечения – это меры, направленные на остановку потери крови. При оказании первой помощи речь идет об остановке наружного кровотечения. В зависимости от типа сосуда выделяют капиллярное, венозное и артериальное кровотечения.

Остановка капиллярного кровотечения осуществляется путем наложения асептической повязки, а также, если ранены руки или ноги, поднятием конечностей выше уровня туловища.

При венозном кровотечении накладывается давящая повязка. Для этого выполняется тампонада раны: на рану накладывается марля, поверх нее укладывается несколько слоев ваты (если нет ваты – чистое полотенце), туго бинтуется. Сдавленные такой повязкой вены быстро тромбируются, и кровотечение прекращается. Если давящая повязка промокает, сильно надавите на нее ладонью. Чтобы остановить артериальное кровотечение, артерию необходимо пережать.

Техника пережатия артерии: сильно прижмите артерию пальцами или кулаком к подлежащим костным образованиям. Артерии легкодоступны для пальпации, поэтому данный способ весьма эффективен. Однако он требует от лица, оказывающего первую помощь, физической силы.

Если кровотечение не остановилось после наложения тугой повязки и прижатия артерии, примените жгут. Помните, что это крайняя мера, когда другие способы не помогают.

Техника наложения кровоостанавливающего жгута

1. Наложите жгут на одежду или мягкую подкладку чуть выше раны.

2. Затяните жгут и проверьте пульсацию сосудов: кровотечение должно прекратиться, а кожа ниже жгута – побледнеть.

3. Наложите повязку на рану.

4. Запишите точное время, когда наложен жгут.

Жгут на конечности можно накладывать максимум на час. По его истечении жгут необходимо ослабить на 10–15 минут. При необходимости можно затянуть вновь, но не более чем на 20 минут.

### **Отравление.**

Отравление – это расстройство жизнедеятельности организма, возникшее из-за попадания в него яда или токсина. В зависимости от вида токсина различают отравления:

- угарным газом,
- ядохимикатами,
- алкоголем,
- лекарствами,
- пищей и другие.

От характера отравления зависят меры оказания первой помощи. Наиболее распространены пищевые отравления, сопровождаемые тошнотой, рвотой, поносом и болями в желудке. Пострадавшему в этом случае рекомендуется принимать по 3–5 граммов активированного угля через каждые 15 минут в течение часа, пить много воды, воздержаться от приема пищи и обязательно обратиться к врачу.

Кроме того, распространены случайное или намеренное отравление лекарственными препаратами, а также алкогольные интоксикации.

В этих случаях первая помощь состоит из следующих шагов.

1. Промойте пострадавшему желудок. Для этого заставьте его выпить несколько стаканов подсоленной воды (на 1 л – 10 г соли и 5 г соды). После двух-трех стаканов вызовите у пострадавшего рвоту. Повторяйте эти действия, пока рвотные массы не станут «чистыми». Промывание желудка возможно только в том случае, если пострадавший в сознании.

2. Растворите в стакане воды 10–20 таблеток активированного угля, дайте выпить это пострадавшему.

3. Дождитесь приезда специалистов.

## **Переломы.**

Перелом – нарушение целостности кости. Перелом сопровождается сильной болью, иногда – обмороком или шоком, кровотечением. Различают открытые и закрытые переломы. Первый сопровождается ранением мягких тканей, в ране иногда заметны обломки кости.

Техника оказания первой помощи при переломе.

1. Оцените тяжесть состояния пострадавшего, определите локализацию перелома.

2. При наличии кровотечения остановите его.

3. Определите, возможно ли перемещение пострадавшего до прибытия специалистов.

Не переносите пострадавшего и не меняйте его положения при травмах позвоночника!

4. Обеспечьте неподвижность кости в области перелома – проведите иммобилизацию. Для этого необходимо обездвижить суставы, расположенные выше и ниже перелома.

5. Наложите шину. В качестве шины можно использовать плоские палки, доски, линейки, прутья и прочее. Шину необходимо плотно, но не туго зафиксировать бинтами или пластырем.

При закрытом переломе иммобилизация производится поверх одежды. При открытом переломе нельзя прикладывать шину к местам, где кость выступает наружу.

## **Ожоги.**

Ожог – это повреждение тканей организма под действием высоких температур или химических веществ. Ожоги различаются по степеням, а также по типам повреждения. По последнему основанию выделяют ожоги:

- термические (пламя, горячая жидкость, пар, раскаленные предметы);
- химические (щелочи, кислоты);
- электрические;
- лучевые (световое и ионизирующее излучение);
- комбинированные.

При ожогах первым делом необходимо устранить действие поражающего фактора (огня, электрического тока, кипятка и так далее).

Затем пораженный участок следует освободить от одежды (аккуратно, не отдирая, а обрезая вокруг раны прилипшую ткань) и в целях дезинфекции и обезболивания оросить его водоспиртовым раствором (1/1) или водкой.

Не используйте масляные мази и жирные кремы – жиры и масла не уменьшают боль, не дезинфицируют ожог и не способствуют заживлению.

После оросите рану холодной водой, наложите стерильную повязку и приложите холод. Кроме того, дайте пострадавшему теплой подсоленной воды.

Для ускорения заживления легких ожогов используйте спреи с декспантенолом. Если ожог занимает площадь больше одной ладони, обязательно обратитесь к врачу.

### **Обморок.**

Обморок – это внезапная потеря сознания, обусловленная временным нарушением мозгового кровотока. Иными словами, это сигнал мозга о том, что ему не хватает кислорода.

Важно отличать обычный и эпилептический обмороки. Первому, как правило, предшествуют тошнота и головокружение.

Предобморочное состояние характеризуется тем, что человек закатывает глаза, покрывается холодным потом, у него слабеет пульс, холодеют конечности.

Типичные ситуации наступления обморока:

- испуг,
- волнение,
- духота и другие.

Если человек упал в обморок, придайте ему удобное горизонтальное положение и обеспечьте приток свежего воздуха (расстегните одежду, ослабьте ремень, откройте окна и двери). Брызните на лицо пострадавшего холодной водой, похлопайте его по щекам. При наличии под рукой аптечки дайте понюхать ватный тампон, смоченный нашатырным спиртом. Когда пострадавший придет в себя, дайте ему крепкого чая или кофе.

Если сознание не возвращается 3–5 минут, немедленно вызывайте скорую.

### **Утопление и солнечный удар.**

Утопление – это проникновение воды в легкие и дыхательные пути, которое может привести к смерти.

Первая помощь при утоплении

1. Извлеките пострадавшего из воды. Тонущий человек хватается за всё, что попадется под руку. Будьте осторожны: подплывайте к нему сзади, держите за волосы или подмышки, держа лицо над поверхностью воды.

2. Положите пострадавшего животом на колено, чтобы голова была внизу.

3. Очистите ротовую полость от инородных тел (слизь, рвотные массы, водоросли).

4. Проверьте наличие признаков жизни.

5. При отсутствии пульса и дыхания немедленно приступайте к ИВЛ и непрямому массажу сердца.

6. После восстановления дыхания и сердечной деятельности положите пострадавшего на бок, укройте его и обеспечивайте комфорт до прибытия медиков.

В летний период опасность представляют также солнечные удары. Солнечный удар – это расстройство работы головного мозга, вызванное длительным пребыванием на солнце.

Симптомы:

- головная боль,
- слабость,
- шум в ушах,
- тошнота,
- рвота.

Если пострадавший по-прежнему остается на солнце, у него поднимается температура, появляется одышка, иногда он даже теряет сознание.

Поэтому при оказании первой помощи прежде всего необходимо перенести пострадавшего в прохладное проветриваемое место. Затем освободите его от одежды, ослабьте ремень, разуйте. Положите ему на голову и шею холодное мокрое полотенце. Дайте понюхать нашатырный спирт. При необходимости сделайте искусственное дыхание.

При солнечном ударе пострадавшего необходимо обильно поить прохладной, слегка подсоленной водой (пить часто, но маленькими глотками).

### **Переохлаждение и обморожение.**

Переохлаждение (гипотермия) – это понижение температуры тела человека ниже нормы, необходимой для поддержания нормального обмена веществ.

Первая помощь при гипотермии:

1. Заведите (занесите) пострадавшего в теплое помещение или укутайте

теплой одеждой.

2. Не растирайте пострадавшего, дайте телу постепенно согреться самостоятельно.

3. Дайте пострадавшему теплое питье и еду. Не используйте алкоголь!

Переохлаждение нередко сопровождается обморожением, то есть повреждением и омертвением тканей организма под воздействием низких температур. Особенно часто встречается обморожение пальцев рук и ног, носа и ушей – частей тела с пониженным кровоснабжением.

Причины обморожения – высокая влажность, мороз, ветер, неподвижное положение. Усугубляет состояние пострадавшего, как правило, алкогольное опьянение.

Симптомы:

- чувство холода;
- покалывание в обмораживаемой части тела;
- затем онемение и потеря чувствительности.

Первая помощь при обморожении :

1. Поместите пострадавшего в тепло.
2. Снимите с него промерзшую или мокрую одежду.
3. Не растирайте пострадавшего снегом или тканью – так вы только травмируете кожу.
4. Укутайте обмороженный участок тела.
5. Дайте пострадавшему горячее сладкое питье или горячую пищу.

## **2.6. Профилактика пролежней у лежачих подопечных.**

Пролежни – это дистрофический процесс на коже и в мышечном слое, появляющийся вследствие нарушенного кровотока и лимфотока в тканях. Пролежни появляются вследствие сдавливания костных выступов твердой поверхностью извне. Наиболее подвержены их появлению люди с ограниченной подвижностью, которые вследствие своего недуга находятся в статичном лежачем положении.

Пролежни образуются гораздо быстрее, когда:

□ кожа смещена относительно нижележащих тканей. Это может быть обусловлено трением о постель или одежду, особенно когда имеются на нательном или постельном белье складки, швы или там находятся твердые частички (грязь, крошки). Смещение покрова может происходить, когда



человек скользит по той поверхности, на которой он находится (например, когда он полулежит на клеенке);

- ☐ сама кожа грязная, что снижает ее защитные свойства;
- ☐ кожа мокрая – вследствие обильного потоотделения, при попадании на нее мочи, кала, когда кожу не вытерли после осуществления гигиенических мероприятий;
- ☐ имеются заболевания сосудов, из-за чего покровы недостаточно питаются (при васкулитах, сахарном диабете, эндартериите, атеросклерозе, курении);
- ☐ нарушилась регуляция тонуса сосудов: при заболеваниях спинного и головного мозга;
- ☐ недостаточная влажность кожи, что имеет наследственные особенности или обусловлено недостаточным употреблением жидкости;
- ☐ снижены регенераторные способности покровов;
- ☐ имеются кожные заболевания, например развилась крапивница в ответ на лекарственные препараты, диету, средства по уходу за кожей.

Пролежни возникают там, где к постели прилежит сустав или близко лежащая кость. Первыми страдают те области, куда приходится наибольший вес, а также те, где минимальна прослойка жира.

Профилактика пролежней у подопечных должна начинаться с того момента, как человек потерял способность самостоятельно передвигаться.

Она не заключается в выполнении большого количества каких-то особых действий, скорее – в соблюдении некоторых правил. Это впоследствии способно сэкономить ухаживающим много сил и денег, а самому подопечному – не лишаться хотя бы имеющегося качества жизни.

Как предотвратить появление пролежней?

1. Застилайте кровать без складок на белье.
2. Выбирайте одежду из натуральных тканей без грубых швов, пуговиц и молний.
3. Следите, чтобы в постели не было крошек.
4. Выбирайте нижнее белье, носки, чулки и гольфы без тугих резинок.
5. Если у подопечного стоит мочевого катетер или нефростома, следите, чтобы они не сдавливали кожу.

6. Не допускайте длительного нахождения подопечного в мокром абсорбирующем белье.

Следите за гигиеной:

- ☐ сохраняйте кожу чистой и сухой;
- ☐ протирайте влажной губкой (ежедневно, не реже одного раза в день);
- ☐ интимная гигиена – при каждой смене подгузника или после каждого мочеиспускания/дефекации;
- ☐ после гигиенических процедур обрабатывайте кожу защитным кремом.

Меняйте положение тела :

- ☐ если человек лежит, меняйте положение тела каждые два часа (не реже!), например: спина → левый бок → спина → правый бок;
- ☐ если человек сидит/полулежит, то меняйте положение каждый час (не реже!);
- ☐ постоянно осматривайте подопечного.

Используйте :

- ☐ функциональную кровать. Если болезнь человека настолько тяжела, что вставать ему придется нескоро, имеет смысл приобрести функциональную кровать – такую, в которой имеется несколько секций, управление которыми позволит подопечному принять полусидячее положение (двухсекционная кровать) или даже согнуть ноги в коленях (трехсекционная кровать);
- ☐ противопрележневый матрас или в крайнем случае – максимально плоский (матрас не отменяет необходимости смены положения тела человека в постели!);
- ☐ дополнительные подушки и валики (например, в положении подопечного на боку следует положить подушку между коленями и лодыжками, а в положении на спине – под пятки);
- ☐ мягкие моющие средства без антибактериального эффекта;
- ☐ мягкие губки-мочалки (желательно из натуральных материалов);
- ☐ увлажняющие и защитные кремы, а также лосьоны для ухода за лежачими больными.

Что делать, если появился пролежень?

1. Поверните подопечного так, чтобы не было давления на рану и кровь могла поступать к месту возникновения пролежня.

2. Наблюдайте и записывайте, как меняется рана.

3. Проконсультируйтесь с врачом, чтобы понять, есть ли в пролежне инфекция, области отмершей ткани, которая требует удаления, и необходимо ли применение специальных повязок, определенных антисептиков.

4. Ни в коем случае не трите пролежень, потому что это еще больше нарушает целостность кожи. Любая обработка делается легкими промокательными движениями.

5. Обеспечьте сбалансированное питание и адекватный водный баланс. Жидкость и белок – это основные источники роста тканей. Чем больше человек пьет, тем лучше заживает пролежень.

6. Обращайте внимание на:

- повышение температуры, озноб;
- выделения из раны;
- плохой запах от раны;
- повреждения вокруг раны.

Нельзя использовать для лечения и обработки пролежней:

- зеленку, йод, марганцовку, фукорцин;
- камфорный спирт, салициловую кислоту;
- облепиховое, камфорное, эфирные масла;
- соду, репчатый лук.

## **2.7. Приемы сохранения физической активности подопечного.**

Под физической активностью понимается любое телодвижение, производимое скелетными мышцами и требующее расхода энергии. Регулярная физическая активность улучшает функциональное состояние и качество жизни подопечного, способствует улучшению психического здоровья и когнитивной функции. Физическая инертность (недостаточная физическая активность) является независимым фактором риска развития хронических болезней. Снижение физических нагрузок неблагоприятно отражается на здоровье человека:

- развивается слабость скелетных мышц, вплоть до развития их дистрофии, вследствие дряблости мышц расширяются вены;
- происходит перестройка костей, появляется деформация позвоночника, снижается костная масса, развивается остеопороз;

- ослабляется деятельность сердца, снижается сосудистый тонус, уменьшается минутный и ударный объем крови и венозный возврат крови к сердцу, что провоцирует учащение сердечных сокращений и одышку;

- появляется избыточный вес;

- снижается вентиляция легких, ухудшается снабжение крови и тканей кислородом, развивается гипоксия;

- падает работоспособность;

- снижается устойчивость к инфекциям;

- ускоряется процесс старения организма.

Отсутствие физических нагрузок в пожилом возрасте дополнительно вызывает:

- отложение солей в суставах, в желчном пузыре и почках, ухудшение связочного аппарата, слабость мускулатуры и уменьшение их подвижности;

- опущение внутренних органов;

- нарушение функции желудочно-кишечного тракта;

- задержка пищи в желудке, усиление процессов гниения, ухудшение функционирования кишечника.

Чем меньше двигательная активность человека, тем быстрее наступают в его организме изменения, характерные для периода старости.

Необходимо так планировать день подопечного, чтобы физические упражнения были его неотъемлемой частью. Подобрать физические нагрузки в соответствии с состоянием здоровья и физической подготовленностью.

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

Рекомендуемые виды физической активности для подопечных, обслуживающих себя самостоятельно:

- ходьба – не менее 150 минут в неделю;

- упражнения на равновесие – три или более дней в неделю;

- силовые упражнения – два или более дней в неделю.

Не рекомендуются упражнения чисто силовые и на быстроту, вызывающие задержку дыхания. Это приводит к снижению снабжения кислородом сердечной мышцы. Постепенно можно наращивать интенсивность физических упражнений, чтобы участилось дыхание и увеличилось число сердечных сокращений. При этом подопечный должен немного вспотеть. Если подопечный не может выполнять рекомендуемый объем физической активности, нужно делать упражнения, соответствующие его возможностям и состоянию

здоровья. Небольшая физическая активность лучше, чем ее полное отсутствие. При наличии ограничений движения в суставах вследствие остеоартроза или остеопороза – ходьба использованием вспомогательных средств (трости, ходунки).

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

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

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

Совершенствование физического состояния у лиц с ограничениями в состоянии здоровья может быть достигнуто разными средствами оздоровительного характера, физической культуры или обеспечивающими тренировочный эффект. Программы физической активности могут быть разнообразными по ее составляющим: оздоровительный бег, дозированная ходьба, гимнастические упражнения (утренняя гигиеническая гимнастика), любые виды физической культуры, элементы спортивных игр, туризм, плавание, лыжные прогулки, командные игры и т.д.). Также могут быть рекомендованы такие виды физической активности, как работа на садовом участке, танцы. Чем больше физическая активность подходит к образу жизни подопечного, тем в большей степени она может быть рекомендована.

## **2.8. Социальная активность подопечного.**

Люди с интеллектуальными нарушениями, как и все обычные люди, хотят дружить и мечтают о любви и семье, хотят быть нужными, полезными окружающим. Даже если фактически они не могут зарабатывать на жизнь, они хотят чувствовать себя занятыми, работающими людьми. Кроме того, им нравятся посильное движение, занятия спортом, нравится бывать на людях, в кафе, музеи и театре, ходить в гости, как и всем другим.

Однако у человека с нарушениями умственного и психического развития в большинстве случаев нарушена логика, он далеко не всегда способен сам знакомиться с людьми и поддерживать дружеские отношения, часто у него нет мотивации к целенаправленным действиям, он не всегда может сам планировать жизнь и отвечать за последствия своих поступков. Кроме этого часто отмечаются нарушения поведения, неумение пользоваться речью,

трудности или невозможность самообслуживания и самостоятельного передвижения. В связи с этим людям с серьезными психическими нарушениями практически недоступна личная жизнь, создание семьи и рождение собственных детей. Однако потребность в дружеских связях данной категории лиц в определенной мере может быть удовлетворена в процессе дневной полезной занятости.

Полезная дневная занятость дает возможность не просто включить людей с инвалидностью в доступную социальную жизнь, но также, хотя бы частично, разгрузить опекунов: позволить им работать, заняться собой, своим здоровьем, полезными делами и т.п.

Зачастую в арсенале людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития содержится малое количество вариантов проведения досуга. К основным особенностям подопечных в области досуговой деятельности можно отнести:

- небольшой опыт в проведении свободного времени;
- отсутствие интересов или увлечений;
- предпочтение пассивных видов отдыха (просмотр телевизора, прослушивание музыки);
- неумение организовать желаемый вид досуговой деятельности.

Одна из задач опекуна – помочь подопечному в выборе досуговой деятельности, в ее организации и осуществлении. Выделим основные виды досуговой деятельности:

- отдых дома (настольные игры, творческие занятия (рисование, лепка, аппликации), просмотр печатных изданий, прием гостей, прослушивание музыки, проведение тематических вечеров (просмотр семейных фотографий, кулинарное шоу и др.);

- выход в город (поход в гости, посещение общественных досуговых мест (кафе, театр, кинотеатр, концертный зал, музей), прогулка по городу, во дворе, парке);

- выезд за город (туристические походы, пикник, лыжная/велосипедная прогулка);

- поездка в другой город.

Очень важно помочь подопечному приспособиться к жизни в обществе, необходимо создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественно-трудовую жизнь.

## **2.9. Формы социального обслуживания и виды социальных услуг.**

Социальное обслуживание – деятельность по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого- педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан .

Социальные услуги предоставляются их получателям в формах социального обслуживания.

Основные формы социального обслуживания населения.

- Стационарное социальное обслуживание
- Нестационарное социальное обслуживание социальное обслуживание на дому; социально-медицинское обслуживание на дому; срочное социальное обслуживание; социально-консультативная помощь;
- Полустационарное социальное обслуживание.

Социальное обслуживание на дому является одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

Примерный порядок предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, за исключением срочных социальных услуг, включает в себя следующие действия:

- 1) принятие заявления;
- 2) информирование о порядке предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, видах социальных услуг, сроках, условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно;
- 3) разъяснение получателю социальных услуг или его представителю порядка приема документов, которые должны быть представлены для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и принятия решения о предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;
- 4) анализ представленных документов, необходимых для принятия решения о предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, и принятие решения о предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому получателю социальных услуг либо решения об отказе в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

5) составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг;

6) заключение договора о предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому между поставщиком социальных услуг и получателем социальных услуг (представителем);

7) предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому в соответствии с заключенным договором;

8) прекращение предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому в связи с возникновением оснований.

Получателю социальных услуг предоставляются следующие виды социальных услуг в форме социального обслуживания на дому:

1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения для выявления отклонений в состоянии здоровья;

3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

8) срочные социальные услуги, которые включают в себя:  
– обеспечение бесплатным горячим питанием или наборами продуктов; –



обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;

- содействие в получении временного жилого помещения;
- содействие в получении юридической помощи в целях защиты прав и законных интересов получателей социальных услуг;
- содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей.

Полустационарное социальное обслуживание – это предоставление социальных услуг гражданам в течение дневного пребывания в учреждении. Оно включает в себя социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание граждан, организацию питания, отдыха, предоставление необходимой психологической и правовой помощи, обеспечение участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни.

При определении необходимых гражданину видов социальных услуг, предоставляемых в полустационарной форме социального обслуживания, учитывается нуждаемость получателя социальных услуг в получении таких услуг, характер обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности.

Примерный порядок предоставления социальных услуг в полустационарной форме включает в себя следующие действия:

- 1) принятие заявления;
- 2) информирование о порядке предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, видах, сроках, условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно;
- 3) разъяснение получателю социальных услуг или его представителю порядка приема документов, которые должны быть представлены для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и принятия решения о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания;
- 4) анализ представленных документов, необходимых для принятия решения о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, и принятие решения о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания

получателю социальных услуг либо решения об отказе в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания;

5) составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – индивидуальная программа);

6) заключение договора о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания между поставщиком социальных услуг и получателем социальных услуг (представителем) (далее – договор);

7) предоставление социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в соответствии с заключенным договором;

8) прекращение предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания.

Социальные услуги в полустационарной форме социального обслуживания предоставляются получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами и на основании договора.

Социальные услуги в полустационарной форме социального обслуживания предоставляются их получателям поставщиком социальных услуг в определенное время суток.

Получателю социальных услуг предоставляются следующие виды социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания:

1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения для выявления отклонений в состоянии здоровья;

3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга;

5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой

адаптацией;

6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности;

8) срочные социальные услуги.

**Порядок предоставления социальных услуг государственным автономным учреждением социального обслуживания Свердловской области  
«Комплексный центр социального обслуживания населения города  
Серова»**

Порядок предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Свердловской области разработан в соответствии с Законом Свердловской области от 03.12.2014 г. № 108-ОЗ «О социальном обслуживании граждан в Свердловской области» и постановлением Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. № 1149-ПП «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области».

Социальные услуги предоставляются получателям социальных услуг в соответствии со стандартами социальных услуг, утвержденными приказом Министерства социальной политики Свердловской области от 11.08.2015 года № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг в новой редакции».

Предельные тарифы на социальные услуги утверждены постановлением РЭК Свердловской области от 01.08.2018 № 162-ПК.

Социальные услуги, предоставляемые **отделениями социального обслуживания на дому:**

№ п/п	Наименования социальных услуг	Периодичность предоставления услуги	Единица услуги	Тариф за единицу услуги (руб)
	<b>Социально-бытовые услуги</b>			
1.11.1.	Покупка и доставка на дом продуктов питания в районе проживания клиента	до 2 раз в неделю	одна покупка и доставка до 7 кг	12,60
1.11.2.	Покупка в районе проживания клиента и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов	до 1 раза в неделю	одна покупка и доставка до 7 кг	11,57
1.12.1.	Помощь в приготовлении пищи	до 5 раз в неделю	в пределах 40 минут	6,59

1.13.1.	Помощь в приеме пищи (кормление)	ежедневно	до 45 минут	4,54
1.14.1.	Оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг и услуг связи	до 2 раз в месяц	посещение одного пункта оплаты (независимо от количества квитанций, полученных от клиента) до 1 часа	12,60
1.15.1.	Покупка за счет средств получателя социальных услуг топлива	до 2 раз в месяц	посещение одной организации до 1 часа	24,90
1.15.2	Доставка воды на дом клиенту, проживающему в жилом помещении без центрального водоснабжения	до 5 раз в неделю	одна доставка до 20 литров воды	3,51
1.15.3.	Доставка дров, угля, торфяных брикетов	с сентября по ноябрь и с апреля по май до 3 раз в неделю; с декабря по март до 5 раз в неделю	одна доставка топлива для топки одной печи, весом до 7 кг.	2,49
1.15.4.	Топка печей в жилом помещении без центрального отопления	с сентября по ноябрь и с апреля по май до 3 раз в неделю; с декабря по март до 5 раз в неделю	одна топка одной печи в пределах 1 часа	10,11
1.16.1	Организация помощи в проведении ремонта жилых помещений	до 2 раз в год	посещение одной организации до 1 часа	28,71
1.18.1.	Содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению	до 2 раз в месяц	посещение одной организации до 1 часа	7,61
1.19.1.	Очистка или протирка от пыли (без мытья) полов или стен	до 2 раз в месяц	полов в жилом помещении площадью не более 18 кв м; стен в жилом помещении площадью не более 18 кв м.	35,06

1.19.2.	Очистка или протирка от пыли (без мытья) наружных поверхностей корпусной мебели, бытовой техники, подоконников	до 1 раза в неделю	в жилом помещении площадью не более 18 кв м	17,54
1.19.3.	Очистка от пыли ковров или ковровых дорожек, портьер, мягкой мебели пылесосом	до 1 раза в неделю	в жилом помещении площадью не более 18 кв м	52,60
1.19.4.	Мытье полов или стен туалетной, ванной комнаты	до 2 раз в месяц	мытьё полов в 1 ванной или в 1 туалетной комнате; мытьё стен в 1 ванной или в 1 туалетной комнате	52,60
1.19.5.	Мытье полов	до 4 раз в месяц	в жилом помещении площадью не более 18 кв. м.	52,60
1.19.6.	Мытье раковин	до 4 раз в месяц	1 раковина	2,78
1.19.7.	Мытье ванны	до 4 раз в месяц	1 ванна	7,03
1.19.8.	Мытье унитазов	до 4 раз в месяц	1 унитаз	5,71
1.19.9.	Мытье дверей	до 2 раз в месяц	1 дверь	1,03
1.19.10 .	Вынос мусора в домах с мусоропроводом	до 2 раз в неделю	1 вынос мусора	0,44
1.19.11 .	Вынос мусора в мусорный контейнер	до 2 раз в неделю	1 вынос мусора	1,47
1.19.12 .	Вынос жидких бытовых отходов в домах, не оборудованных системой канализации	до 2 раз в неделю	1 вынос жидких бытовых отходов	1,47
1.19.13 .	Мытье газовой (электрической) плиты	до 4 раз в месяц	1 газовая (электрическая) плита	5,71
1.19.14 .	Подготовка холодильника к мытью	до 2 раз в год	1 холодильник	52,60
1.19.15 .	Мытье холодильника внутри и снаружи (без передвижения холодильника)	до 2 раз в год	1 холодильник	6,30
1.19.16 .	Мытье окон, в том числе с балконной дверью, за исключением элементов остекления балконов и лоджий	до 2 раз в год при температуре наружного воздуха не ниже 10°C	1 окно	9,53

1.19.17.	Мытье посуды	до 5 раз в неделю	не более 10 предметов	6,59
1.19.18.	Чистка дорожек от снега	до 3 раз в неделю	шириной до 1 м. в пределах 30 минут	52,60
1.20.1.	Сопровождение в медицинские организации	по мере возникновения потребности	в одну медицинскую организацию до 1 часа; из медицинской организации до 1 часа	24,90
1.21.4.	Сопровождение в баню граждан, проживающих в неблагоустроенном жилье	до 4 раз в месяц	до 2 часов	6,44
1.21.5.	Помывка клиента в ванной, в душе	до 4 раз в месяц	одна помывка в ванной или душе до 1 часа	5,27
1.21.6.	Туалет тела	до 3 раз в неделю	одно обтирание или обмывание	1,03
1.21.7.	Умывание	до 2 раз в день посещения	одно умывание	26,30
1.21.8.	Уход за волосами	до 1 раза в день посещения	уход за волосами одного клиента	26,30
1.21.9.	Стрижка ногтей на руках	до 1 раза в месяц	одна стрижка	3,66
1.21.10.	Стрижка ногтей на ногах	до 1 раза в месяц	одна стрижка	3,66
1.21.11.	Помощь в уходе за зубами	до 1 раза в день	один уход	17,54
1.21.12.	Смена постельного белья	до 3 раз в неделю	одна смена	2,78
1.21.13.	Смена нательного белья	до 3 раз в неделю	одна смена	2,78
1.22.3.	Помощь в написании, оформлении и прочтении писем и различных документов	по мере возникновения потребности	одно письмо (документ)	8,34
1.23.4.	Сдача за счет средств получателя социальных услуг вещей в стирку, химчистку, ремонт, обратная их доставка	до 4 раз в месяц	одна сдача или одно получение	8,50
1.23.5.	Стирка вещей клиента	до 8 раз в месяц	сбор и подготовка вещей клиента (до 5 кг) и загрузка	26,30

			вещей в стиральную машину или выгрузка из стиральной машины и развешивание вещей	
1.23.6.	Глажение белья	до 2 раз в месяц	глажение до 5 кг сухого белья	78,90
1.24.3.	Отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции	до 2 раз в месяц	одна отправка	8,34
1.25.3.	Содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли и связи и другими предприятиями, оказывающими населению услуги, а также информационных услуг	до 2 раз в месяц	посещение одной организации	7,61
	<b>Социально-медицинские услуги</b>			
2.2.9.	Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями по телефону, через сеть Интернет	по мере возникновения потребности	обращение в одну медицинскую организацию	17,53
2.2.10.	Личное обращение в медицинскую организацию	по мере возникновения потребности	обращение в одну медицинскую организацию	110,46
2.3.5.	Занятия с клиентами, находящимися на постельном режиме или передвигающимися до жилого помещения с посторонней помощью, по освоению и выполнению посильных физических упражнений	до 5 раз в неделю	проведение одного занятия	13,23
2.4.3.	Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья	по мере возникновения потребности	одно посещение	9,08
2.6.3.	Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и другое)	услуга предоставляется при назначении клиенту иных социальных услуг на дому, предоставляется в дни посещения клиента для оказания иных	помощь в приеме лекарств за одно посещение	9,08

		социальных услуг на дому		
2.7.5.	Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями	по мере возникновения потребности	обращение в одну организацию	17,53
2.7.6.	Сопровождение клиента в медицинскую организацию, подразделение фонда социального страхования, управление социальной политики	до 2 раз в месяц	посещение одной организации	24,90
2.8.5.	Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями, подразделением фонда социального страхования, протезно-ортопедическим предприятием	по мере возникновения потребности	обращение в одну организацию	17,53
2.8.6.	Сопровождение клиента в медицинскую организацию, подразделение фонда социального страхования, протезно-ортопедическое предприятие	до 2 раз в месяц	посещение одной организации	24,90
2.11.3.	Сопровождение клиента в страховую медицинскую организацию	по мере возникновения потребности	посещение одной организации	117,04
2.12.5.	Осуществление посреднических действий между клиентом и организациями, осуществляющими проведение реабилитационных мероприятий медицинского и социального характера	по мере возникновения потребности	обращение в одну организацию	17,53
2.12.6.	Сопровождение клиента в организации, осуществляющие проведение реабилитационных мероприятий медицинского и социального характера	до 2 раз в месяц	посещение одной организации	24,90
2.13.3.	Содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации	до 2 раз в месяц	посещение одной организации	66,34
2.16.3.	Содействие в обеспечении по рецептам врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения	до 1 раза в неделю	1 покупка и доставка	4,24
2.17.5.	Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями	по мере возникновения потребности	обращение в одну медицинскую организацию	17,53
2.17.6.	Сопровождение клиента в медицинскую организацию, бюро медико-социальной экспертизы	по мере возникновения потребности	посещение одной организации	24,90
2.18.5.	Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями по телефону, через сеть Интернет	по мере возникновения потребности	обращение в одну медицинскую организацию	17,53
2.18.6.	Личное обращение социального работника в медицинскую организацию	по мере возникновения потребности	обращение в одну медицинскую организацию	110,46



	<b>Социально-психологические услуги</b>			
3.5.6.	Оказание индивидуальной психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса клиентов	по мере возникновения потребности	одно занятие до 30 мин	8,34
	<b>Социально-правовые услуги</b>			
6.5.6.	Обращение в интересах клиента либо сопровождение клиента в управление социальной политики, многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг	по мере возникновения потребности до 2 раз в месяц	посещение одной организации	117,04
6.6.6.	Обращение в интересах клиента либо сопровождение клиента в организацию, осуществляющую пенсионное обеспечение или предоставление других социальных выплат	по мере возникновения потребности до 2 раз в месяц	посещение одной организации	117,04
6.8.6.	Обращение в интересах клиента либо сопровождение клиента в подразделение Федеральной миграционной службы	по мере возникновения потребности до 2 раз в месяц	посещение одной организации	117,04

**Социальные услуги, предоставляемые отделением срочного социального обслуживания:**

№ п/п	Наименования социальных услуг	Периодичность предоставления услуги	Единица услуги	Тариф за единицу услуги (руб)
	<b>Социальная услуга «Социальное такси»</b>			
1.26.3.	Доставка граждан к социально значимым объектам. Услуга включает в себя перевозку инвалидов I и II группы, имеющих третью степень ограничения способности к трудовой деятельности и ограниченные возможности в передвижении; лиц, нуждающихся в постороннем уходе, частично или полностью утративших возможность самостоятельного удовлетворения основных жизненных потребностей вследствие ограничения способности к передвижению, и сопровождающих его лиц (до двух человек) к следующим объектам инфраструктуры муниципального образования по месту жительства (пребывания): 1) органы государственной власти и	до 30 услуг в год	Доставка в течение одного часа к одному объекту - 1 услуга. Обратная доставка в течение одного часа - 1 услуга.	24,90

	органы местного самоуправления; 2) медицинские организации; 3) бюро медико-социальной экспертизы; 4) управления отделения Пенсионного фонда России по Свердловской области; 5) организации социального обслуживания; 6) территориальные исполнительные органы государственной власти Свердловской области в сфере социального обслуживания; 7) отделения и филиалы Фонда социального страхования; 8) образовательные организации.			
1.26.4.	Оказание помощи лицам, сопровождающим клиентов социальной службы, в межэтажной транспортировке по месту жительства в домах, не оборудованных лифтом. Осуществляется совместно с предоставлением услуги "Социальное такси", включает: 1) помощь в спуске по лестнице и в размещении в салоне транспортного средства; 2) помощь в подъеме по лестнице.	по мере возникновения потребности	Один спуск – 1 услуга Один подъем – 1 услуга	13,33

**Социальные услуги, предоставляемые социально-реабилитационным отделением:**

№ п/п	Наименования социальных услуг	Периодичность предоставления услуги	Единица услуги	Тариф за единицу услуги (руб)
2.3.4.	Оздоровительные мероприятия, направленные на коррекцию функциональных возможностей систем организма	до 5 раз в неделю. Продолжительность одного занятия до 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	71,72
2.3.5.	Занятия с клиентами, находящимися на постельном режиме или передвигающимися до жилого помещения с посторонней помощью, по освоению и выполнению посильных физических упражнений	до 5 раз в неделю. Продолжительность одного занятия 10 минут.	одно занятие – 1 услуга	13,23
2.5.3.	Организация и проведение групповых оздоровительных мероприятий	до 15 услуг в год. Продолжительность одного занятия до 60 минут.	одно занятие – 1 услуга	12,86

2.5.6.	Организация и проведение индивидуальных оздоровительных мероприятий	до 15 услуг в год. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	95,69
2.10.3.	Проведение групповых занятий, обучающих здоровому образу жизни	до 4 раз в месяц. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	12,86
2.10.6.	Проведение индивидуальных занятий, обучающих здоровому образу жизни	до 4 раз в месяц. Продолжительность одного занятия до 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	88,62
3.1.2.	Психологическая диагностика и обследование личности (выявление и анализ психического состояния и индивидуальных особенностей личности получателя социальных услуг, влияющих на отклонения в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции личности получателя социальных услуг)	до 2 раз в год. Продолжительность диагностики до 1 часа 30 минут.	одна диагностика – 1 услуга	174,68
3.2.5.	Индивидуальная психологическая коррекция для совершеннолетних граждан	до 2 раз в год. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	57,85
3.2.7.	Психологическая коррекция в группе для совершеннолетних граждан	до 2 раз в год. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	23,30
3.3.3.	Психологический тренинг в группе для совершеннолетних граждан	до 5 раз в год. Продолжительность одного занятия до 60 минут.	одно занятие – 1 услуга	23,30
3.4.3.	Социально-психологическое консультирование в группе	до 2 раз в месяц. Продолжительность одного занятия до 1 часа 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	23,30
3.4.6.	Индивидуальное социально-психологическое консультирование	до 2 раз в год. Продолжительность	одно занятие – 1 услуга	116,45

		ность одного занятия до 60 минут.		
3.5.3.	Оказание индивидуальной психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса клиентов	до 5 раз в неделю. Продолжительность одной услуги до 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	58,22
3.5.4.	Оказание психологической помощи в группе, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса клиентов	до 5 раз в неделю. Продолжительность одной услуги до 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	23,30
3.6.3.	Социально-психологический патронаж	до 2 раз в месяц. Продолжительность одного занятия до 1 часа 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	174,68
4.1	Организация досуга (посещение театров, выставок, экскурсии, концерты и другие мероприятия)	до 2 раз в неделю	одно мероприятие – 1 услуга	31,13
4.2.5.	Проведение индивидуального занятия по обучению родственников практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными получателями социальных услуг	по мере возникновения потребности. Продолжительность одного занятия до 20 минут.	одно занятие – 1 услуга	38,81
4.2.4.	Проведение занятия в группе по обучению родственников практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными получателями социальных услуг	по мере возникновения потребности. Продолжительность одного занятия до 30 минут.	одно занятие – 1 услуга	23,30
4.5.2.	Формирование у получателей социальных услуг позитивных интересов (в том числе в сфере досуга)	до 4 раз в неделю	одно мероприятие – 1 услуга	31,13
5.1.3	Проведение индивидуального занятия по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам	до 15 занятий в год. Продолжительность занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	54,35
5.1.2.	Проведение занятия в группе по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам	до 15 занятий в год. Продолжительность занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	4,53

5.4.2.	Организация и проведение индивидуальных занятий по социально-трудовой реабилитации с целью восстановления, развития остаточных трудовых возможностей, по обучению доступным профессиональным навыкам с учетом адекватных физических и психических возможностей клиента	до 15 услуг в год. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	54,35
5.4.5.	Организация и проведение групповых занятий по социально-трудовой реабилитации с целью восстановления, развития остаточных трудовых возможностей, по обучению доступным профессиональным навыкам с учетом адекватных физических и психических возможностей клиента	до 15 услуг в год. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	10,87
7.1.5.	Проведение индивидуального занятия по обучению пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	по мере возникновения потребности. Продолжительность одного занятия до 20 минут.	одно занятие – 1 услуга	27,17
7.1.4.	Проведение занятия в группе по обучению пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	по мере возникновения потребности. Продолжительность одного занятия до 20 минут.	одно занятие – 1 услуга	16,30
7.2.2.	Проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения	до 2 раз в неделю	одно занятие – 1 услуга	6,79
7.3.4.	Проведение занятия в группе по обучению навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах	до 5 раз в неделю	одно занятие – 1 услуга	21 ,74
7.3.5.	Проведение индивидуального занятия по обучению навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах	до 5 раз в неделю. Продолжительность одного занятия до 40 минут.	одно занятие – 1 услуга	54,35
8.11.	Содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия	по мере возникновения потребности. Продолжительность до 1 часа 30 минут.		0,00
8.9.	Временное обеспечение техническими средствами ухода, реабилитации и адаптации	по мере возникновения потребности		0,00

Социальные услуги на дому предоставляются гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании.

Для признания нуждаемости и предоставления социальных услуг необходимо предоставить в учреждение социального обслуживания следующие документы:

- 1) документ, удостоверяющий личность;
- 2) справку с места жительства с указанием состава семьи;
- 3) заключение медицинской организации о наличии заболевания или травмы, повлекших полную или частичную утрату способности к самообслуживанию (в случае наличия заболевания или травмы, когда заявителю не установлена инвалидность);
- 4) справку, подтверждающую факт установления инвалидности (в случае наличия инвалидности);
- 5) индивидуальную программу реабилитации инвалида (в случае наличия инвалидности).

Социальные услуги предоставляются получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг на основании договора о предоставлении социальных услуг.

**Социальные услуги предоставляются бесплатно, за плату или частичную плату.**

Социальные услуги предоставляются **бесплатно**:

- 1) несовершеннолетним детям;
- 2) лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов;
- 3) инвалидам и ветеранам Великой Отечественной войны 1941-1945 годов;
- 4) вдовам (вдовцам) военнослужащих, погибших в период войны с Финляндией; в период Великой Отечественной войны 1941-1945 годов; в период войны с Японией;
- 5) бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны.

Иным категориям граждан социальные услуги предоставляются **бесплатно**, если на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг ниже или равен предельной величине среднедушевого дохода (**предельная величина среднедушевого дохода устанавливается в размере полуторной величины прожиточного минимума, установленного в Свердловской области**).

Для расчета среднедушевого дохода и предоставления социальных услуг **бесплатно** необходимо представить справки о регистрации по месту жительства и составе семьи получателя социальных услуг, о доходах получателя социальных услуг и членов его семьи за 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, и принадлежащем ему (им) имуществе на праве собственности.

***По вопросам предоставления социальных услуг обращаться по телефонам:***

директор	89530540707, 83438561093 (доб.101)
заместители директора по социальным вопросам	83438561093 (доб.102)
заведующие отделениями социального обслуживания на дому города Серова	83438561093 (доб.106), 89089126711
заведующий отделением социального обслуживания на дому п. Сосьва	83438544645
заведующий отделением социального обслуживания на дому п. Восточный	83438544342
заведующий отделением социального обслуживания на дому п. Гари	83438721285
заведующий отделением срочного социального обслуживания	83438561093 (доб.108), 89049801042
заведующий социально-реабилитационным отделением	89000489745

***Электронная почта:*** soc048@egov66.ru

***Сайт учреждения:*** <https://zabota048.msp.midural.ru>

**Стационарное социальное обслуживание** направлено на предоставление социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических и иных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе.

Социальные услуги в стационарных учреждениях социального обслуживания оказываются при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании получателей социальных услуг и направлены на создание пожилым и инвалидам в соответствии с их возрастом и состоянием здоровья условий жизнедеятельности, на проведение реабилитационных мероприятий социального, медицинского характера, обеспечение ухода, медицинской помощи, организации их отдыха и досуга.

Стационарные учреждения социального обслуживания в зависимости от контингента получателей социальных услуг подразделяются на:

- 1) дома-интернаты (пансионаты), в том числе детские, малой вместимости, для престарелых и инвалидов, ветеранов войны и труда, милосердия;
- 2) специальные дома-интернаты, в том числе для престарелых;

- 3) геронтологические центры;
- 4) психоневрологические интернаты;
- 5) реабилитационные центры для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 6) детские дома-интернаты для умственно отсталых детей;
- 7) иные организации, осуществляющие социальное обслуживание в стационарной форме социального обслуживания.

В стационарных учреждениях социального обслуживания предоставляются социально-бытовые, социально-медицинские, социально- психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые услуги, а также услуги по повышению коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

Социальные услуги, предоставляемые в стационарной форме социального обслуживания:

1. Социально-бытовые услуги:

- а) обеспечение площадью жилых помещений и помещений для организации реабилитационных и лечебных мероприятий, учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания ;
- б) обеспечение питанием согласно нормам;
- в) обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями), предоставление в пользование мебели;
- г) обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми за счет средств получателя социальных услуг;
- д) уборка жилых помещений и стирка одежды, нательного белья и постельных принадлежностей;
- е) предоставление санитарно-гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход (в том числе обтирание, обмывание, вынос судна; мытье головы, тела; размягчение и стрижка ногтей; стрижка, бритье; снятие постельного и нательного белья);
- ж) отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции, оказание помощи в написании и прочтении писем;



- з) помощь в приеме пищи (кормление);
- и) получение по доверенности (содействие в получении) пенсий, пособий и других социальных выплат получателя социальных услуг.

## **2. Социально-медицинские услуги:**

а) покупка за счет средств получателя социальных услуг лекарственных препаратов и медицинских изделий (по заключению врачей), в том числе по льготному рецепту, и их доставка получателю социальных услуг;

б) содействие в получении медицинской помощи, госпитализации, диспансеризации, медицинских осмотрах (в том числе осуществление вызова соответствующего специалиста для выполнения медицинских процедур, осуществление доставки анализов, сопровождение в медицинские организации, осуществление взаимодействия с лечащим врачом получателя);

в) выполнение медицинских процедур по назначению врача (в том числе помощь в опорожнении кишечника, обработка ран и наложение повязок, осуществление накладывания горчичников, компрессов, закапывание капель);

г) выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг (в том числе измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств, назначенных врачом);

д) оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий (в том числе выполнение получателями социальных услуг адекватных их физическим возможностям физических упражнений оказывающих тренировочное действие и повышающих реабилитационные возможности.

е) систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья, организация медико-социального обследования;

ж) консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг);

з) проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, проведение санитарно-просветительской работы;

и) проведение занятий по адаптивной физической культуре.

## **3. Социально-психологические услуги:**

а) социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений;

б) социально-психологический патронаж;

в) оказание консультационной психологической помощи анонимно, в том числе с использованием телефона доверия;

г) проведение воспитательно-профилактической работы в целях устранения различных психологических факторов и причин, обуславливающих отклонение в состоянии психического здоровья;

д) психодиагностика и обследование личности получателей социальных услуг в целях выявления и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности, влияющих на отклонения в их поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции этих отклонений.

#### **4. Социально-педагогические услуги:**

а) обучение практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными, имеющими ограничения жизнедеятельности получателями социальных услуг, в том числе детьми-инвалидами;

б) социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование;

в) формирование позитивных интересов, в том числе в сфере досуга, спорта, здорового образа жизни;

г) организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия);

д) социально-педагогическое консультирование по различным вопросам отношений родителей с детьми, методике семейного воспитания.

#### **5. Социально-трудовые услуги :**

а) проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам получателей социальных услуг;

б) организация помощи в получении образования и (или) профессии получателями социальных услуг, в том числе инвалидами (детьми-инвалидами), в соответствии с их способностями.

#### **6. Социально-правовые услуги:**

а) оказание помощи в оформлении и восстановлении утраченных документов получателей социальных услуг;

б) оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно;

в) оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг (содействие в получении полагающихся льгот, пособий,

компенсаций, алиментов и других выплат в соответствии с действующим законодательством);

г) консультирование по социально-правовым вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание, получение мер социальной поддержки.

7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов:

а) обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации;

б) проведение (содействие в проведении) социально- реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания;

в) обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах;

г) обучение (оказание помощи в обучении) получателей социальных услуг основам компьютерной грамотности, навыкам пользования информационно-коммуникационными технологиями повседневной жизни;

д) проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения, формирование и организация работы групп здоровья по медицинским показаниям и возрастным группам;

е) содействие в обеспечении техническими средствами реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия, содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

Предоставление социальных услуг в стационарных учреждениях социального обслуживания осуществляется на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг, а также в соответствии с порядком предоставления социальных услуг, утвержденным уполномоченным органом государственной власти субъектов РФ, в объемах, не менее установленных стандартом социальной услуги.

Социальные услуги в стационарных учреждениях предоставляются гражданину на основании договора о предоставлении социальных услуг, заключаемого между поставщиком социальных услуг и гражданином или его законным представителем.

Существенными условиями данного договора являются положения, определенные индивидуальной программой предоставления социальных услуг (далее – индивидуальная программа).

Индивидуальная программа составляется исходя из потребности гражданина в социальных услугах, пересматривается в зависимости от

изменения этой потребности, но не реже чем раз в три года. Пересмотр индивидуальной программы осуществляется с учетом результатов реализованной индивидуальной программы.

Получатели социальных услуг имеют право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение;
- 2) получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно, а также о поставщиках социальных услуг;
- 3) выбор поставщика или поставщиков социальных услуг;
- 4) отказ от предоставления социальных услуг;
- 5) защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 6) участие в составлении индивидуальных программ;
- 7) обеспечение условий пребывания в организациях социального обслуживания, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, а также на надлежащий уход;
- 8) свободное посещение законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;
- 9) социальное сопровождение в соответствии со статьей 22 Федерального закона 442-ФЗ.

### **Организации социального обслуживания обязаны:**

- 1) осуществлять свою деятельность в соответствии с 442-ФЗ, другими федеральными законами, законами и иными нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации;
- 2) предоставлять социальные услуги получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами предоставления социальных услуг и условиями договоров, заключенных организациями социального обслуживания с получателями социальных услуг или их законными представителями, на основании требований 442-ФЗ;
- 3) предоставлять бесплатно в доступной форме получателям социальных услуг или их законным представителям информацию об их правах и

обязанностях, о видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг либо о возможности получать их бесплатно;

4) использовать информацию о получателях социальных услуг в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации о персональных данных требованиями о защите персональных данных;

5) предоставлять уполномоченному органу субъекта Российской Федерации информацию для формирования регистра получателей социальных услуг;

6) осуществлять социальное сопровождение в соответствии со статьей 22 Федерального закона 442-ФЗ;

7) обеспечивать получателям социальных услуг содействие в прохождении медико-социальной экспертизы, проводимой в установленном законодательством Российской Федерации порядке федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы;

8) предоставлять получателям социальных услуг возможность пользоваться услугами связи, в том числе информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и услугами почтовой связи, при получении услуг в организациях социального обслуживания;

9) выделять супругам, проживающим в организации социального обслуживания, изолированное жилое помещение для совместного проживания;

10) обеспечивать получателям социальных услуг возможность свободного посещения их законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и(или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;

11) обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей получателей социальных услуг;

12) исполнять иные обязанности, связанные с реализацией прав получателей социальных услуг на социальное обслуживание.

## **2.10. Стационарозамещающие технологии организации жизни подопечных.**

В настоящее время термин «стационарозамещающие технологии» прочно вошел в практику социального обслуживания и рассматривается как формы и методы предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в

стационарной форме обслуживания, вне стационарных учреждений в объеме, необходимом и достаточном для нормализации их жизни.

Стационарозамещающие технологии предоставления услуг социального обслуживания реализуются в учреждениях социального обслуживания населения, у государственных и негосударственных поставщиков социальных услуг на основе государственно-частного партнерства. Выбор форм стационарозамещающих технологий, применяемых в каждом конкретном случае, обусловлен индивидуальной нуждаемостью гражданина.

### **Реабилитация граждан пожилого возраста, перенесших инсульт.**

Восстановление утраченных функций постинсультных больных в условиях проживания осуществляется с использованием комплекса реабилитационных мероприятий, включающих двигательную терапию, трудотерапию, когнитивную реабилитацию, лечебный массаж, работы по восстановлению речи, психоэмоционального статуса, а также просветительную работу с родственниками.

Также в ряде учреждений в надомной форме социального обслуживания используются такие практики:

- домашнее визитирование. Практика подразумевает выход (визит) специалиста на дом для: информирования граждан пожилого возраста и инвалидов о социальном обслуживании, мерах социальной поддержки; практического обучения пользованию техническими средствами реабилитации, средствами коммуникации;

- библиотека на дому. Создание библиотечного фонда и доставка книг на дом. Книги для формирования фонда передаются в учреждение социального обслуживания неравнодушными гражданами и сотрудниками, предоставляются для прочтения на неограниченный срок.

В настоящее время крайне востребована такая форма стационарозамещающих технологий, как услуги сиделок. На рынке социальных услуг в крае наряду с учреждениями социального обслуживания и коммерческими организациями появились организации, готовые предоставлять их на основе государственно-частного партнерства.

## **2.11. Организация безопасного жизненного пространства с учетом психического состояния подопечного.**

**Лекция на тему: Обеспечение безопасности подопечных. Меры по предотвращению совершения противоправных деяний недееспособными и не полностью дееспособными гражданами**

## Основные (базовые) понятия темы

■ **Безопасность личности** - состояние человека, при котором ничего не угрожает его жизни и здоровью (физическому и психическому), его возможностям функционировать и развиваться как биологическое и социальное существо.

■ **Недееспособность** - неспособность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Человек, как правило, считается недееспособным в силу недостижения определенного возраста либо вследствие психического расстройства.

■ **Инвалид** – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

■ **Инвалидность** - полная или частичная утрата самостоятельно обслуживать себя, передвигаться, общаться, работать.

■ **Социальная реабилитация инвалидов** - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

■ **Социально-бытовая реабилитация включает:** социально-бытовую ориентацию; социально-бытовое образование; социально-бытовую адаптацию.

Среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан следует особо обратить внимание на представителей различных категорий инвалидов. Данные категории граждан требуют особой организации оптимального жилого помещения, которое содержит жизненно важные «блоки» и обеспечивает тем самым безопасность человека в домашних условиях.

**Организация социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан.**

**Безопасность жилища и окружающей граждан среды.**

Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;

- вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);
- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);
- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);
- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения.

Способность к самообслуживанию — способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самообслуживанию включает:

- удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями;
- соблюдение личной гигиены: мытье лица и всего тела, мытье волос, причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена после физиологических отпавлений;
- одевание и раздевание верхней одежды, нижнего белья, головных уборов, перчаток, обуви, пользование застежками (пуговицы, крючки, "молнии");
- приготовление пищи: чистка, мытье, резание продуктов, их тепловая обработка, пользование кухонным инвентарем;
- принятие пищи: возможность подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пользоваться столовыми приборами и посудой;
- выполнение повседневных бытовых потребностей: покупка продуктов питания, предметов одежды и обихода;
- пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями, заправка постели;
- стирка, чистка, ремонт белья, одежды и других предметов обихода;
- пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки, запоры, выключатели, краны, рычажные приспособления, утюг, телефон, бытовые электрогазовые приборы, спички и др.);
- уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и др.).

Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться:

- оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища;



- оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;

- оценка временных интервалов, через которые возникает подобная нуждаемость (1—2 раза в неделю): длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела, в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

- самостоятельное перемещение в пространстве, ходьба по ровной местности в среднем темпе (4—5 км/ч на расстояние, соответствующее средним физиологическим возможностям);

- преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 градусов);

- сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, ложиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны);

- выполнение сложных видов передвижения и перемещения: опускание на колени и подъем, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения (бег),

- пользование общественным и личным транспортом (вход, выход, перемещение транспортного средства).

Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек,

- темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту);

- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94—1,0);

- длительность двойного шага (в норме 1 — 1,3 с);

- скорость передвижения (в норме 4—5 км/ч);

- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению — при повреждениях нижних конечностей. Вместе с тем известно, что инвалид с поражением нижних конечностей вследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению.

У него имеется в связи с этим и ограничение способности к самообслуживанию. Если ограничить рассмотрение способности инвалида к передвижению в пределах квартиры, ограниченной жилой среды, то здесь можно говорить о способности инвалида к перемещению в небольшом жизненном пространстве.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе социально-бытовой реабилитации.

Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) специалист по социальной работе по согласованию с клиницистом-экспертом выявляет тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту. На следующем этапе выявляется ситуация о наличии условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости.

В ходе осуществления технологии социально-бытовой реабилитации полученная специалистом по социальной работе так называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидов должен предусматривать ряд последовательных смысловых технологических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида в его возможностях к проживанию в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности, показывает необходимость приложения определенных усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных (искаженных) навыков по социально-бытовому самообслуживанию.

Специалисту, обучающему инвалида социально-бытовым навыкам, необходимо знать назначение приспособления и механизм его действия, уметь его использовать. При этом обучающий должен знать особенности анатомического дефекта, лежащего в основе инвалидности, физиологические функции отдельных групп мышц. Специалист, обучающий инвалида, должен пользоваться медицинскими рекомендациями, учитывающими целенаправленность воздействия приспособления на пораженный сустав (конечность орган).

Важной составляющей социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство — проживание его в квартире со

специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

При организации социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата необходимо исходить из следующих *принципиальных положений*.

1. Предусмотреть возможность использования инвалидом обычного хозяйственно-бытового оборудования и купонной утвари путем обучения (переобучения).

2. Оснастить имеющееся оборудование, утварь элементарными специальными приспособлениями (насадками, рычагами и т.д.) для использования его инвалидом.

3. Оборудовать квартиру новыми специальными адаптивными техническими средствами с учетом потребностей инвалида, приспособить жилищные условия к потребностям инвалида с учетом типа дефекта.

Реализация указанных положений будет различаться в зависимости от локализации анатомического дефекта (повреждение верхних либо нижних конечностей). Вместе с тем вне зависимости от локализации повреждений необходимо предусмотреть последовательность технологии социально-бытовой реабилитации инвалидов.

При осуществлении первого положения необходима ориентация не только инвалида, но и членов его семьи на возможность приспособления поврежденных кистей рук к пользованию обычным хозяйственно-бытовым оборудованием и кухонной утварью. Специалист по социальной работе должен не только ориентировать, но и обучить инвалида непосредственно и опосредованно через вовлечение членов семьи навыкам пользования холодильником, газовой (электрической) плитой, умению открывать дверной замок, фрамуги, оконные рамы и т. д.

Необходимо отметить, что это положение применимо к инвалидам с повреждениями верхних конечностей лишь на первом этапе, при подходе к развертыванию полной социально-бытовой реабилитации. Реализация этого положения дает возможность выявить возможности инвалида к социально-бытовой адаптации.

В связи с тем, что это положение реализуется под контролем специалиста по социальной работе, вырисовывается необходимость осуществления второго положения, т. е. оснащения имеющегося стандартного (обычного, типового) хозяйственно-бытового оборудования специальными приспособлениями.

Приспособления такого рода устанавливаются в ванной комнате в виде фиксированных к стене электробритв, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты и жидкого мыла, в виде рычажных кранов для воды в раковине для умывания и в мойке для посуды на кухне.

Приспособления должны облегчать инвалидам с повреждениями верхних конечностей также самообслуживание при принятии ванны. Они должны обеспечить инвалиду удобство и безопасность. В ванной необходима установка навесного сиденья, противоскользящей опоры для фиксации ног, держателей для

мочалки, поручней для подъема и перемещения в ванне. Целесообразно использование инвалидом ножниц для ногтей с пластмассовой пружиной, облегчающей раскрытие.

Необходимы также приспособления для инвалидов с поражением верхних конечностей и в туалете. Они предусматривают различные опоры (настенные, откидные, вертикальные, горизонтальные) к унитазу, устройства для опускания подъема с унитаза.

Для осуществления самостоятельного приготовления пищи необходимы приспособления для мойки и чистки овощей и рыбы, резки продуктов, мытья посуды, открывания банок и бутылок, для захвата крышек кастрюль, приспособления для выключения электроплиты и др.

Специалист по социальной работе должен определять необходимость снабжения инвалида с поражением верхних конечностей специальными приспособлениями для раздвигания занавесок, поднятия предметов с пола, открывания форточек, установки специальных дверных ручек для инвалида без кистей рук. Для инвалидов с поражениями верхних конечностей необходимы также приспособления для надевания обуви, одежды, застегивания пуговиц и "молний" и т. д.

Еще большие проблемы в самообслуживании возникают у инвалидов, "прикованных" к постели. В этих случаях ограничение самообслуживания связано не с дефектами верхних конечностей, а с невозможностью передвигаться. Вся жизнедеятельность осуществляется в пределах ограниченного пространства. В связи с этим необходимо оборудование такого пространства специальными приспособлениями для приема пищи, чтения, письма, любительских занятий. Этой цели может служить надкроватный столик, который оснащается насадками-держателями книг, ручек, кистей, инструментов ручного труда и т. д. Столик должен иметь устройство для изменения угла наклона и регулирования высоты. На стене, где стоит кровать, необходим горизонтальный поручень, позволяющий инвалиду самостоятельно сесть в постели.

Для инвалидов с поражением нижних конечностей, ограничения жизнедеятельности которых преимущественно в сфере передвижения, основное значение приобретает специальное оборудование квартиры. Это оборудование должно служить не только передвижению как физиологическому акту, но и обеспечивать возможность выполнять другие функции, связанные с иными видами жизнедеятельности. Иначе говоря, оборудование квартиры должно обеспечить доступ инвалиду во все помещения и ко всем "объектам" в квартире и позволить ему осуществлять жизнедеятельность в полном объеме.

Инвалид с повреждениями нижних конечностей нуждается прежде всего в индивидуальных вспомогательных средствах передвижения (трость, костыли, ходунки, кресло-коляска).

В связи с этим при оборудовании квартиры стационарными устройствами необходимо предусмотреть и то обстоятельство, чтобы они не создавали препятствий для пользования индивидуальными средствами передвижения.

Оборудование квартиры, в которой проживает инвалид с повреждениями нижних конечностей, вынужденный пользоваться креслом-коляской, должно начинаться с прихожей.

Необходимо предусмотреть низкое расположение вешалки для одежды и полки для головных уборов. Входная дверь должна иметь ручки, расположенные на доступной для инвалида в кресле-коляске высоте. Площадь прихожей должна быть достаточной для маневрирования кресла-коляски.

В квартире между помещениями и при выходе на балкон не должно быть порогов, дверные проемы должны давать возможность проезда кресла-коляски. Вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

Туалеты должны иметь достаточную площадь для разворота кресла-коляски. Унитаз необходимо оборудовать настенным, горизонтальным поручнем либо опорной рамой. В ванной комнате следует предусмотреть возможность разворота кресла-коляски, установить поручни для перемещения в ванну. В кухне для удобства приготовлений пищи поставить специальный стол с выемкой для инвалида на кресле-коляске.

Существует еще одна проблема для инвалида, пользующегося креслом-коляской, — это проблема перемещения из кресла-коляски на кровать. Необходимо предусмотреть и это, т. е. оборудовать кровать специальным подъемником, обеспечивающим инвалиду возможность самостоятельного управления им с целью перемещения.

Рекомендуемое оснащение, оборудование, предлагаемые технические средства являются общими, они не решают всех проблем удовлетворения потребностей инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата. В каждом конкретном случае могут быть иные потребности, в зависимости от особенностей дефекта. Кроме того, вопросы оборудования квартиры, всех ее помещений не решают проблему социально-бытовой реабилитации инвалидов. Вслед за осуществлением оборудования квартиры встает задача обучения инвалида пользованию вспомогательными устройствами и приспособлениями.

Само оборудование квартиры должно отвечать не только требованиям быта в узком смысле этого слова. Инвалид, находящийся постоянно в пределах собственной квартиры, может продолжить образование, заниматься трудовой деятельностью, иметь любительское занятие. В связи с этим и оборудование квартиры должно отвечать конкретным целям, т. е. выходить за узкие рамки собственно социально-бытовой реабилитации.

С целью практической реализации положений о социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в ближайшем социуме (жилой среде) необходимо создание модели жилого помещения, которая содержала бы все жизненно важные блоки для овладения инвалидом предложенными вспомогательными устройствами и реабилитационными техническими средствами с последующим относительно независимым образом жизни.

## *Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата*

Модель предусматривает оптимальное жилое помещение, которое содержит жизненно важные "блоки" и в котором инвалид с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут быть в результате физических травм, вследствие нарушения мозгового кровообращения, полиомиелита, ДЦП, врожденных физических дефектов.

В перечень функций по самообслуживанию как виду деятельности включаются: выполнение санитарно-гигиенических навыков, осуществление приготовления и приема пищи, хозяйственно-бытовой труд (мытьё посуды, уборка квартиры), самостоятельное одевание-раздевание.

Адаптированное жилое помещение включает приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные).

При этом учитываются два самостоятельных подхода:

- модификация, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования;
- оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания. К оборудованию и оснащению предъявляются требования двух категорий.

### 1. Медицинские требования:

- точное соответствие типу дефекта;
- совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией дефектного органа (конечности);
- функциональность реабилитационных изделий;
- предупреждение (избежание) возможных осложнений в ходе пользования вспомогательными устройствами.

### 2. Технические требования:

- безопасность пользования;
- надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;
- простота конструкции, обеспечивающая доступность для пользователя;
- компактность;
- ограничение эргономических усилий.

В соответствии с видами жизнедеятельности инвалида модель жилого помещения представлена несколькими блоками: санитарно-гигиеническим, кухонно-бытовым, спально-гостиничным.

1. Санитарно-гигиенический блок включает два помещения: ванная комната и туалет. Каждое из этих помещений модифицировано.

Модификация заключается в том, что ванная комната оборудуется горизонтальным поручнем на стороне, противоположной ванне, пристенным откидным сиденьем, противоскользящим напольным ковриком, горизонтальным

поручнем на стороне ванны, облегчающим самостоятельный подъем после мытья.

Ванна оборудуется специальными вертикальными поручнями (лесенкой) либо подставкой для самостоятельного помещения (погружения) в ванну. Ванна оснащается специальным сиденьем, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным напольным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна оборудуется гибким душевым шлангом, имеющим разновысокие штативы, позволяющими инвалиду самостоятельно использовать эти возможности при мытье, принятии душа. Ванна оборудуется вертикальным поручнем для принятия душа, оснащается стулом для душа.

Умывальник регулируется по высоте для пользования инвалидом на кресле-коляске. Умывальник оборудуется специальным рычажным управлением кранами, имеет электрополотенце, устройство для автоматической подачи зубной пасты, жидкого мыла, зубную щетку, расческу — с удлиненной ручкой.

Ванная комната оснащается специальными держателями мочалки, расчески, зубной щетки, имеет настенную электробритву, действие которой основано на фотоэлементе.

Модификация туалета заключается в специальном, приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхних конечностей.

Туалет оборудуется настенными горизонтальными поручнями, имеет напольное противоскользящее покрытие (коврик).

Унитаз ограждается вертикальными и горизонтальными поручнями, облегчающими подъем и обеспечивающими безопасность инвалида при пользовании унитазом, имеет стенную опору. Унитаз оборудуется удобным, доступным инвалиду рычажным спуском воды (сливом), имеет регулируемое по высоте сиденье, держатель туалетной бумаги.

2. Кухонно-бытовой блок включает в себя два помещения: кухню и столовую. Модификация кухни как помещения для приготовления пищи заключается в том, что она оборудуется стационарными устройствами, приспособленными для самообслуживания инвалида с физическими дефектами верхних конечностей.

К стационарному оборудованию кухонно-бытового блока относятся:

- плита;
- столы — кухонный, обеденный;
- мойка;
- шкафы — напольный, навесной.

Плита — электрическая (как наиболее безопасная) оборудуется рычажными, легко управляемыми вентилями.

Кухонный стол имеет регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресле-коляске либо в специальном рабочем кресле (стуле). Кухонный стол оборудуется специальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательными ложками для правой и левой руки.

Предусматриваются также приспособления для открывания банок, бутылок, набор держателей для кастрюли, чайника, сковородки.

Шкафы (напольный, навесной) оборудуются удобными широко захватными ручками — рычагами, неглубокими полками, вместе с тем имеющими большую площадь для свободного размещения кухонной утвари.

Мойка (с регулируемой высотой) оборудуется удобными рычажными кранами. Оснащается щетками (на присосках) для мытья посуды, приспособлениями для чистки овощей.

Стол обеденный, модифицированный для инвалидов на кресле-коляске, оснащается специальной посудой: тарелки — глубокие, с утяжеленным дном; кружки с двумя ручками, изогнутыми ручками; вилки, ножи, ложки (для левой и правой руки) с длинными ручками; подставки для яиц на присосках.

3. Спально-гостиничный блок включает в себя прихожую, гостиную и спальню.

Модификация прихожей предусматривает адаптированную дверную ручку, универсальный держатель для поворота дверного ключа, вешалку для одежды (на высоте, доступной инвалиду в кресле-коляске).

Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, вставания их с полки.

Модификация спальни-гостиной предусматривает функциональную кровать с противопролежневым матрасом, которая оснащается модифицированным надкроватным столиком, горизонтальными и вертикальными поручнями для самостоятельного вставания в постели, подъемником для перемещения в кресло-коляску.

В гостиной предусматривается набор приспособлений для открывания-закрывания штор, форточек (фрамуг), держатель телефонной трубки.

Важным фактором в жизнедеятельности инвалида является возможность самостоятельного одевания. В связи с этим в модели жилого помещения предусмотрены приспособления для одевания чулок, обуви, для застегивания "молний", пуговиц.

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы данной категории инвалидов, касающиеся их права на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Инвалиды, имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются автотранспортными средствами бесплатно или на льготных условиях.

Техническое обеспечение и ремонт автотранспортных средств и других средств реабилитации, принадлежащих инвалидам, осуществляется вне очереди на льготных условиях и в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

**Организация социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан.**



## **Безопасность жилища и окружающей граждан среды.**

Окружающая среда с ее многочисленными объектами, восприятие которых осуществляется с помощью слуха, для лиц, страдающих глухотой, является нередко малодоступной. Требуются определенные реабилитационные мероприятия для того, чтобы данная категория инвалидов имела равные возможности жизнедеятельности со здоровыми.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с патологией слуха представляется специальными методами обучения, обеспечением техническими средствами реабилитации, созданием специальных производственных условий труда.

Сущность социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха состоит в приведении окружающей среды в соответствие с потребностями инвалидов, в создании условий для доступа инвалидов к информации, которой располагает здоровое общество.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности патология слуха подразделяется на:

- глубокое двустороннее нарушение развития слуха и глубокая двусторонняя потеря слуха;
- тяжелое двустороннее нарушение слуха, нет восприятия речи;
- среднетяжелое нарушение слуха, область интенсивности нормальной речи;
- легкое нарушение слуха, распознаются не все элементы обычной речи.

Инвалиды с нарушением функций слуха разделяются на глухих, слабослышащих и позднооглохших. Две последние группы при наличии технических средств реабилитации (слуховых аппаратов, телефонных приставок для глухих, стереофонических динамических телефонов для глухих и тугоухих и другой звукозаписывающей аппаратуры) имеют представление об окружающем мире.

Термин "глухой" применяется только к инвалидам, чье слуховое нарушение является настолько тяжелым, что они не воспринимают звуки любой громкости.

Из всех видов ограничений жизнедеятельности для этой категории инвалидов наиболее значимым является ограничение способности к общению.

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

При общении осуществляется взаимосвязь и взаимодействие людей, обмен информацией, опытом, умениями и навыками, результатами деятельности.

Общение осуществляется преимущественно за счет средств коммуникации. Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами — чтение и письмо. При выраженных нарушениях слуха страдает именно основное средство коммуникации — речь, ее восприятие. Важна роль и воспроизведения речи. У людей, страдающих

глухотой с детства, речь не развивается, следствием чего является более глубокое расстройство — глухонмота. У лиц, имеющих менее тяжелые степени глухоты, при специальном обучении появляется возможность получения информации посредством чтения и письма. Способность к общению включает:

- способность к восприятию другого человека (способность отразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальные особенности);
- способность к пониманию другого человека (способность постичь смысл и значение его поступков, действий намерений и мотивов);
- способность к обмену информацией (восприятию, переработке, хранению, воспроизведению и передаче информации);
- способность к выработке совместной стратегии взаимодействия, включающей разработку, проведение и контроль за выполнением планируемого, с возможной при необходимости корректировкой;

Параметрами оценки ограничений способности к общению у лиц с нарушениями слуха могут быть:

- способность говорить (плавно произносить слова, понимать речь, произносить и производить вербальные (словесные) сообщения, передавать смысл посредством речи);
- способность слушать (воспринимать устную речь, вербальные и иные сообщения);
- способность к символической коммуникации вербальному общению: понимать знаки и символы, коды, читать карты, диаграммы, принимать и передавать информацию с помощью мимики, жестов, графических, зрительных, звуковых символов, тактильных ощущений.

Инвалиды с нарушениями слуха имеют ограничения в трудовой деятельности, связанной с необходимостью восприятия сигналов, информации, быстрой ориентировки в ситуации и реагировании. В связи с этим для данной категории инвалидов существуют специализированные предприятия, работа в специально созданных условиях.

Инвалиды с выраженной патологией слуха испытывают определенные сложности в обучении. Требуются специальные методы в связи с невозможностью получения, а также воспроизведения информации из-за патологии коммуникативных функций. Для этой категории инвалидов существуют специальные школы для глухих и слабослышащих. Чем раньше начато обучение, тем больше вероятности развития речи. Существуют тренажеры для развития слухового, глухо-вибротактильного восприятия, применяется аппаратура для коллективных и индивидуальных занятий (проводная звукоусиливающая аппаратура и беспроводная аппаратура, работающая на инфракрасном излучении и на радиопринципе).

В целях социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха используется много технических средств.

Среди них индивидуальные слуховые аппараты:

- ушные вкладыши каплевидной формы, которые максимально соответствуют анатомическим особенностям слухового прохода, что позволяет избежать обратной акустической связи;

- заушные слуховые аппараты с присоединением к дужке очковой оправы;
- система индивидуального прослушивания телерадиоаппаратуры (радионаушники);
- Vjfe усилитель акустический (насадка) на телефонную трубку.

Люди, страдающие тугоухостью, постоянно сталкиваются с проблемами адаптации к слуховым требованиям повседневной жизни. Для создания максимального комфорта людям с частичной потерей слуха рекомендуется оснащение бытовых и производственных помещений следующей аппаратурой:

- индикатор телефонного вызова (телефонный сигнализатор) с возможностью подключения комнатного светильника;
- световой сигнализатор детского плача со встроенным передатчиком;
- телефонная трубка с усилителем;
- световой сигнализатор дверного звонка;
- будильник со световой, вибрационной индикацией;
- детектор дыма со световой индикацией;
- телефон-принтер с памятью со встроенным экраном.

В связи с тем, что в основе причин глухоты (снижения слуха) лежат вредные условия труда (шум, вибрация), в реабилитационных целях применяют звукоизоляцию, вибропоглощение, дистанционное управление. Используются и индивидуальные средства защиты: виброгасящие перчатки, обувь, ушные шлемы, антифоны.

Слабослышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

Специфические ограничения жизнедеятельности у лиц с нарушениями слуха заключаются в затруднении получения информации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота не столько создает проблемы "доступа" к транспорту, сколько ограничивает возможности использования его дополнительных приспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха — оснащение транспорта световым сигнализатором остановки и начала движения, "бегущей строкой" — информацией о наименовании станции, мигающим маяком.

Для действенной реализации программ социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха представляется важным осуществление субтитрования общественно значимых информационных и других телепередач, выпуск видеопроодукции (с субтитрами) публицистической, образовательной, научно-познавательной и культурно-просветительской направленности, адресованной инвалидам.

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет Всероссийское общество глухих (ВОГ), которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

**Организация социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями зрения среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан.**

**Безопасность жилища и окружающей граждан среды.**

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т. е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого глаза;
- среднее нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, цветоцветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют, руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов — язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух.

Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и звукоизоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различать не только контуры, но и цвета крупных объектов.

Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может судить о размерах и материале объекта. На использовании функций кожной чувствительности и слуха базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковые маяки у переходов, на остановках, внутренние и наружные информаторы, рельефные (по Брайлю) надписи внутри транспортных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации — способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации включает:

- способность к определению времени по общепринятым признакам (время суток, время года и др.);
- способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам;
- способность правильно располагать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам;
- способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различению правого и левого и др.;

- способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию (вербальную, невербальную, зрительную, слуховую, вкусовую, полученную путем обоняния и осязания), пониманию связей между предметами и явлениями.

Параметрами при оценке способности к ориентации являются:

- состояние системы ориентации (зрения, слуха, осязания, обоняния);
- состояние системы коммуникации (речи, письма, чтения);
- способность к восприятию, анализу и адекватному реагированию на получаемую информацию;
- способность к ориентации в собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров — осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания и т. п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями (поворотами, лестницами, подъемами, входами).

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т. п.; текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы, начало и конец коридоров и др.) следует оборудовать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должны располагаться на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола.

Система ориентиров должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию "тепличных" условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

- для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации — локаторы лазерные, световые и др.);
- для самообслуживания — тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, шитья, ухода за ребенком и др.);

- для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы "говорящая книга", специальные компьютерные устройства и др.);

- для трудовой деятельности — тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в зависимости от вида трудовой деятельности.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические, сферопризматические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для разностороннего развития, повышения культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация — вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.).

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать, дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных — верхней и нижней — ступеней, края платформы и др.).

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих (инвалидов по зрению), в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в Российской Федерации Всероссийское общество слепых (ВОС), где осуществляются самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, в которых созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится бесплатно или на льготных условиях.

Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

## **Особенности социальной реабилитации инвалидов с психическими нарушениями и интеллектуальной недостаточностью среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан.**

### **Безопасность жилища и окружающей граждан среды.**

Психическая деятельность человека обеспечивается взаимосвязью и взаимодействием всех психических функций: сознания, внимания, восприятия, воли, памяти, эмоций, мышления. Нарушение какой-либо из них сказывается на других психических функциях и, следовательно, на всей психической деятельности.

Категория инвалидов с психическими нарушениями неоднородна как по проявлениям психических (и интеллектуальных) расстройств, так и по причинам, вызвавшим эти расстройства.

Контингент психически больных инвалидов имеет ряд отличий от инвалидов вследствие других заболеваний, которые выражаются в специфических проявлениях дезадаптации, неравномерности соотношений степени выраженности психических расстройств и уровня дезадаптации больных.

При психических заболеваниях, часто являющихся инвалидизирующими заболеваниями, и умственной отсталости в какой-то мере страдают все психические функции или большинство из них, что вызывает ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания, общения, обучения, трудовой деятельности, ориентации, контроля за своим поведением, а нередко и в передвижении. Степень выраженности ограничений жизнедеятельности при психических заболеваниях зависит от последствий текущих длительно и с различной степенью злокачественности болезней.

Ограничение способности к самообслуживанию может колебаться от элементарной неспособности выполнять повседневную бытовую деятельность до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отправок, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в неявно выраженной моторной заторможенности, замедленности движений, либо в полной неподвижности (ступор, адинамия) и нуждаемости в посторонней помощи.

Ограничение способности к обучению колеблется от невозможности выполнения сложного задания учебного процесса (вследствие утомляемости, идеаторной заторможенности) до полной утраты способности к усвоению общеобразовательных и профессиональных знаний.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается как в снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности, так и в невозможности продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Ограничение способности к ориентации психически больных также имеет широкий диапазон — от неспособности ориентироваться в восприятии



полного объема информации до полной утраты способности ориентироваться во времени, пространстве и собственной личности.

Ограничение способности к общению — наиболее частое ограничение жизнедеятельности психически больных. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, сокращение объема информации, либо полная утрата способности общения.

Ограничение способности контролировать свое поведение может выражаться как в незначительных некорректируемых отклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управлять своим поведением. В связи с этим возникает необходимость постоянного постороннего контроля и наблюдения.

Инвалиды, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в большей степени по сравнению с другими инвалидами в социальной реабилитации.

Программа социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами направлена на обеспечение реализации их прав иметь друзей, семью, выбирать место учебы и работы. В программе предусмотрено адаптационное обучение, подготовка к независимому образу жизни, пользованию бытовыми приборами, разработка индивидуальных решений адаптации жилищно-коммунальных условий к инвалиду. Программа включает обучение мерам безопасности, общению.

Особое место в программе социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами занимает обучение семьи / опекуна / попечителя по отношению к больному и созданию благоприятной микросреды, поддержанию контактов с социальными службами.

При значительно выраженных нарушениях психических функций программа социальной реабилитации содержит обучение жизненным навыкам по персональному уду (внешний вид, личная гигиена) и персональной сохранности (пользование газом, электричеством).

При умеренных нарушениях психической деятельности практикуется терапия отдыхом, досугом, побуждающими развитие интересов, организация здорового образа жизни, сексуальное воспитание.

Среди инвалидов с психическими расстройствами особую группу составляют *инвалиды с умственными нарушениями*.

Степень интеллектуального недоразвития инвалидов, входящих в эту группу, различна.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности и на основе использования методики Векслера разграничивают:

- глубокую умственную отсталость ( $IQ < 20$ ), объединяющую лиц, которых можно научить пользоваться руками, ногами, челюстями;
- тяжелую умственную отсталость ( $IQ = 20-34$ ), представленную лицами, которые поддаются систематической обычной тренировке;
- среднюю (умеренную) умственную отсталость ( $IQ = 35-49$ ), объединяющую лиц, которых можно обучить простым коммуникативным навыкам, элементарным навыкам гигиены и безопасности, простым навыкам

ручного труда, и с трудом поддающихся обучению функциональному чтению и арифметике;

- слабую (легкую) умственную отсталость (IQ=50-70), представленную лицами, которые могут приобрести практические навыки и способности к функциональному чтению и арифметике при специальном обучении.

В отечественной психиатрии принято следующее наименование умственной отсталости (с учетом указанных критериев международного документа): дебильность, имбецильность и идиотия (глубокая умственная отсталость). Инвалиды с интеллектуальным недоразвитием (умственной отсталостью) в степени выраженной дебильности представляют собой лиц, проживающих в семьях и, как правило, окончивших вспомогательную школу. Они отличаются неустойчивым поведением, испытывают затруднения в социальной адаптации, стабильном трудоустройстве, за счет легкой подчиняемости нередко оказываются в криминальных компаниях.

Ограничения жизнедеятельности в большей степени выражены в способности к обучению. Однако при адекватном коррекционно-педагогическом воздействии способны обучиться конкретным бытовым навыкам и элементарным профессиям.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается в недостаточной последовательности выполнения трудового процесса за счет отвлекаемости внимания, неустойчивого поведения. Производственные процессы более доступны в специально созданных условиях, исключающих размеренные трудовые операции.

Ограничение способности к контролю над своим поведением объясняется несовершенством адаптационных механизмов, трудно приобретаемым социальным опытом. Эта категория людей нуждается в постороннем контроле. Имеется ограничение способности совершать целенаправленную двигательную активность, не связанную с дефектами в костно-мышечной системе. Оно обусловлено нарушением координации, ущербностью тонкой моторики в результате несовершенства нейрофизиологического механизма.

Ограничение способности к ориентации выражается в возможности ориентироваться в ситуации, ограниченной заданным пространством, конкретной задачей. Объясняется это недостаточно хорошо сформированной функцией внимания, памяти.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной дебильностью включает мероприятия по всем направлениям. В области социально-бытовой реабилитации необходимо совершенствование знаний об окружающей действительности, обустройстве быта с нормами и правилами общежития.

Эти мероприятия осуществляются в процесс длительного коррекционно-педагогического воздействия при условии постоянного подкрепления и контроля.

Социально-средовое реабилитационное воздействие представляет особую важность. Научить избегать негативного влияния социального окружения является главной задачей реабилитационных мер.

В социально-средовом реабилитационном воздействии основная роль принадлежит семье, которая рассматривается как микросоциальная реабилитационная среда. Воспитание, обучение хозяйственно-бытовым навыкам способствует формированию установки на труд, расширению социального опыта (покупки, оплата, доставка и т. д.).

Для этой категории лиц особое значение приобретает обучение навыкам самостоятельного проживания, овладение навыками хозяйственно-бытового труда, умение принимать самостоятельные решения, ориентироваться в современных рыночных отношениях.

В программу социальной реабилитации умственно отсталых лиц в степени выраженной дебильности необходимо включить обучение занятиям физкультурой и спортом. Это будет способствовать устранению моторной заторможенности и благотворно сказываться на общем физическом и психическом развитии, совершенствовании волевых качеств и коммуникативных функций.

Обучение досуговой деятельности является необходимым в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц.

В силу недостаточной сформированности потребностей эстетического характера у лиц с выраженной дебильностью они нуждаются в активном вовлечении в мероприятия по знакомству с музыкой, изобразительным искусством, литературой и т. д.

Особое место в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц с выраженной дебильностью должно занимать решение личных проблем. Допустимо половое воспитание, информация о последствиях интимных отношений, о венерических заболеваниях.

Инвалиды с тяжелой степенью умственной отсталости — выраженной имбецильностью — составляют контингент психоневрологических интернатов.

Ограничения жизнедеятельности носят более выраженный характер. Ограничение способности к самообслуживанию выражается в трудноусвояемых навыках санитарно-гигиенического характера, хозяйственно-бытового труда, которые выполняются с помощью и под контролем посторонних.

Ограничение способности совершать двигательные операции выражается в недостаточной координации движений, сформировавшейся тонкой моторике.

Ограничение способности к общению выражается в неразвитости речи, в малом словарном запасе, в дефекте речевого аппарата, преобладает в общении эмоциональный компонент над речевым.

Значительно выражено ограничение способности к обучению, что связано с недостаточно развитыми функциями восприятия, внимания, памяти, мышления.

Ограничение способности к трудовой деятельности носит выраженный характер и объясняется неразвитостью функции к усвоению задания, неспособностью освоить технологический процесс, несовершенной моторикой. Осуществление трудовой деятельности возможно в специально созданных условиях.

Ограничение способности к ориентации достаточно выражено, оно объясняется несовершенством функций внимания, восприятия, памяти, пространственной ориентировки. Необходима посторонняя помощь в новой ситуации.

Ограничение способности к контролю над своим поведением также значительно выражено, что связано с ущербностью адаптационных механизмов, информированностью социального опыта. Необходима коррекция и контроль.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью включает целый ряд обучающих разделов:

- формирование навыков самообслуживания содержит разделы: санитарно-гигиенические навыки, уход, за одеждой, уход за жилищем, навыки приготовления и приема пищи;
- формирование навыков социально-средовой реабилитации включает разделы: знакомство с городом, транспортом, магазинами, сферой обслуживания, производственными отношениями;
- формирование элементов нравственно-эстетического воспитания включает разделы: формирование навыков повседневного поведения, правила поведения в общественных местах, правила поведения человека в рабочем коллективе, понимание дружбы, товарищества, коллектива и т. д.

Необходимо обучение семьи / опекуна /попечителя в правильном отношении к своим подопечным. Важно обучение терпеливому отношению, последовательному и неотступному воздействию по привитию навыков хозяйственно-бытового труда, формированию установки на труд.

В программу социальной реабилитации входит обучение навыкам самостоятельного проживания, которое включает формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда. Для самостоятельного проживания важна способность принимать самостоятельные решения, умение ориентироваться в социальном окружении, необходимо также развитие способности к самооценке, самоопределению, самодеятельности в широком смысле слова.

Необходимо отметить, что лица с выраженной имбецильностью самостоятельно проживать не могут, они нуждаются в поддержке. Самостоятельное проживание их возможно лишь в "защищенных условиях" — в специализированном общежитии, где они могут воспользоваться постоянной помощью специалиста по социальной работе.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью должна предусматривать обучение физкультуре и спорту. Склонность к заторможенности, замедленной моторике способствует формированию гипокинезии, которая ведет к негативным последствиям в физическом здоровье.

Участие в физкультурных занятиях, спортивных состязаниях умственно отсталых лиц способствует не только совершенствованию моторики, оно положительно сказывается на их интеллектуальном развитии, расширении социального опыта, приобретении коммуникативных навыков.

Существенно важно для этой категории инвалидов обучение досуговой деятельности. В силу несформированности потребностной сферы у лиц с выраженной имбецильностью досуг ограничивается пассивным присутствием в кинозалах, на концертах, организуемых в психоневрологических интернатах. В целях реабилитационного воздействия необходим досуг развивающий, компенсирующий дефицит информации, воздействующий на эмоциональную и познавательную сферы жизнедеятельности.

Решение личных проблем для этой категории инвалидов представляет особую важность. Преобладание инстинктивного полового влечения при недостаточно развитом сдерживающем интеллектуальном воздействии создает опасность вступления в случайные связи с нежелательными последствиями. Эти инвалиды нуждаются в половом воспитании, в доступном изложении отношений между полами, недопустимости грубости, жестокости по отношению к женщинам: Программа сексуального воспитания нуждается в специальной разработке.

### **Ответственность за вред, причиненный недееспособными и не полностью дееспособными гражданами**

Вред, который причиняется субъектам общественных отношений, должен быть возмещен – это основное положение принципа справедливости.

Но как быть, если такой вред причиняется *недееспособными лицами*, не способными в полной мере осознавать опасность совершаемых ими деяний и последствия таких деяний?

В таком случае к решению вопроса компенсации такого вреда привлекаются опекуны недееспособных граждан. Под виной в данном случае будет подразумеваться пренебрежение опекуном своих обязанностей.

Если недееспособный гражданин причинил вред другому лицу (его жизни, здоровью или имуществу), то вред возмещает его опекун, если не докажет, что вред возник не по его вине.

Подопечный может нанести вред жизни, здоровью и имуществу других лиц.

Например, в квартире подопечного потек кран, и вода залила квартиру соседей, живущих внизу. Или он толкнул человека, в результате чего у человека сломана нога и требуется длительное лечение.

Претензии по возмещению вреда будут предъявлены к опекуну.

Сам по себе факт случившегося не является следствием действий или бездействий опекуна – но опекун должен принимать меры к тому, чтобы подопечный не причинил вреда другим людям.

Если же вред мог быть причинен в результате действий других лиц или обстоятельств, например кран потек после ухода сантехника, который его чинил, или подопечный толкнул человека, потому что на него наехал велосипедист. Опекун будет доказывать, что вред причинен не по его вине.

Когда же вред возмещается самим недееспособным? И бывают ли такие случаи?

Таких случаев законодательство знает несколько.

Если опекун ушел из жизни либо не имеет достаточных средств для возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, а сам причинитель вреда обладает такими средствами, суд с учетом имущественного положения потерпевшего и причинителя вреда, а также других обстоятельств вправе принять решение о возмещении вреда полностью или частично за счет самого причинителя вреда, т.е. недееспособного гражданина.

**Не полностью дееспособный** (ограниченный в дееспособности) гражданин самостоятельно несет ответственность в случае, если он причинил вред жизни, здоровью или имуществу гражданина или имуществу организации (статья 30 Гражданского кодекса).

Лучший способ недопущения причинения вреда – это осуществление *профилактических мер!*

### **Федеральный закон от 23.06.2016 N 182-ФЗ "Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации"**

■ **Правонарушение** - преступление или административное правонарушение, представляющие собой противоправное деяние (действие, бездействие), влекущее уголовную или административную ответственность;

■ **Профилактика правонарушений** - совокупность мер социального, правового, организационного, информационного и иного характера, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих совершению правонарушений, а также на оказание воспитательного воздействия на лиц в целях недопущения совершения правонарушений или антиобщественного поведения;

■ **Система профилактики правонарушений** - совокупность субъектов профилактики правонарушений, лиц, участвующих в профилактике правонарушений, и принимаемых ими мер профилактики правонарушений, а также основ координации деятельности и мониторинга в сфере профилактики правонарушений.

### **Виды профилактики правонарушений.**

1. Общая профилактика правонарушений направлена на выявление и устранение причин, порождающих правонарушения, и условий, способствующих совершению правонарушений или облегчающих их совершение, а также на повышение уровня правовой грамотности и развитие правосознания граждан.

2. Индивидуальная профилактика правонарушений направлена на оказание воспитательного воздействия, на устранение факторов, отрицательно влияющих на их поведение, а также на оказание помощи лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми. Индивидуальная

профилактика правонарушений может осуществляться с применением специальных мер профилактики правонарушений.

### **Формы профилактического воздействия.**

Профилактическое воздействие может осуществляться в следующих формах:

- 1) правовое просвещение и правовое информирование;
- 2) профилактическая беседа;
- 3) объявление официального предостережения (предостережения) о недопустимости действий, создающих условия для совершения правонарушений, либо недопустимости продолжения антиобщественного поведения;
- 4) профилактический учет;
- 5) внесение представления об устранении причин и условий, способствующих совершению правонарушения;
- 6) профилактический надзор;
- 7) социальная адаптация;
- 8) ресоциализация;
- 9) социальная реабилитация;
- 10) помощь лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми.

### **2.12. Предупреждение (профилактика) правонарушений среди недееспособных и не полностью недееспособных граждан (в том числе лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения).**

Профилактика правонарушений среди лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, осуществляется организациями здравоохранения, органами социальной защиты, опекунами и попечителями и может включать в себя:

- 1) социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 2) консультации по правовым вопросам в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 3) социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- 4) получение образования лицами, страдающими психическими расстройствами;
- 5) трудоустройство лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, на лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии и специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

■ 6) установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

■ 7) применение методов экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

■ 8) иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

### **Создание атмосферы психологической заботы и положительного психологического и эмоционального микроклимата.**

■ забота как комплиментарные (взаимодополняемые) и эмпатические отклики на вербальные и невербальные сигналы подопечного;

■ забота как действие, направленное на благо другого человека, на поддержание его бытия, поиск смысла;

■ доброжелательное отношение и искреннее желание понять подопечного и помочь ему на пути осознания ценности его личности;

■ забота как ответственность, где задача не решить проблемы за человека, а содействовать появлению у него ответственности за свои поступки и конечный итог своей жизни;

■ работа с положительными эмоциями (арт-терапия).

Таким образом, забота исходит из паттернов заботы над подопечным и имеет 4 аспекта:

- потребность в содействии человеку на пути достижения гармонии или более полной реализации своих сил;

- ориентация на образ подопечного - такой, каким он может стать;

- чувствительность к сигналам подопечного и выстраивание воздействия на этой основе;

- присутствие в жизни подопечного.

### **О получении медицинской помощи недееспособными и не полностью дееспособными гражданами**

■ утрата дееспособности - постепенный процесс, который зависит от стадии развития болезни. Уровень функционирования и дееспособности может также варьироваться (могут наступать улучшения и регрессии);

■ следует проконсультироваться с лечащим врачом касательно уровня функционирования больного на основе профессиональной проверки различных сфер функционирования, а также касательно влияния имеющихся болезней на данном этапе на способность больного принимать решения в различных сферах жизни;

■ необходимо максимально уважать право больного самостоятельно принимать решения касательно себя, до тех пор, пока он способен делать это, и



поддерживать, по мере возможности, дееспособность, которая ещё осталась у него на каждой стадии болезни;

■ важно заранее составить планы и подготовиться к этапу, когда будет утрачена дееспособность больного и его способность принимать решения в различных сферах. Параллельно с этим сам больной может заранее высказать свои пожелания касательно медицинских вопросов – предполагаемому опекуну, которое будет принимать вместо него решения в медицинской сфере

### **Как получить медицинскую помощь?**

Как попечитель, так и опекун обязаны заботиться об обеспечении подопечного лечением (статья 36 Гражданского кодекса).

Не полностью недееспособный гражданин сам дает согласие на медицинское вмешательство и отказывается от него. Как и недееспособный гражданин, если способен это сделать.

Это значит, что лично ему медицинским работником должна быть предоставлена информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (статья 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), и он лично подписывает согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Опекун дает согласие на медицинское вмешательство и отказывается от него в случае, если его недееспособный подопечный не в состоянии это сделать сам.

При этом опекун должен известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на психиатрическую помощь не позднее дня, следующего за днем указанного согласия (статья 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан на ее оказание»)

Информацию о состоянии здоровья подопечного в медицинской организации, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи – попечитель не может получить без согласия подопечного.

Поэтому попечителю целесообразно позаботиться о том, чтобы подопечный знал, как ему себя вести в случае попадания в больницу: сообщить лечащему врачу о том, что он ограничен в дееспособности, помнить о необходимости дать знать попечителю, где он находится, а также подать заявление лечащему врачу о предоставлении всей информации о лечении своему попечителю.

Можно оформить заявление заранее, и попечителю хранить это заявление у себя, чтобы при необходимости предъявить его в медицинскую организацию.

В форме согласия на медицинское вмешательство имеется специальная графа для указания пациентом лиц, которым медицинская организация может предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента.

Следует заранее разъяснить подопечному необходимость заполнения этой графы. Знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья гражданина, и получать отражающие состояние здоровья медицинские документы (их копии) и выписки из них должен сам не полностью недееспособный гражданин. Попечитель сможет это делать только при наличии доверенности от подопечного (или письменного заявления подопечного, сделанного в медицинской организации).

Попечитель оказывает содействие подопечному в обращении за медицинской помощью, в ее получении и в следовании медицинским рекомендациям.

Опекун вправе получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них (статья 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Опекуну целесообразно позаботиться о том, чтобы подопечный знал, как ему себя вести в случае попадания в больницу: сообщить лечащему врачу о том, что он признан недееспособным, помнить о необходимости дать знать опекуну, где он находится. Иницирует медико-социальную экспертизу для установления инвалидности, составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида и представляет интересы недееспособного инвалида его опекун.

### **Организация безопасного жизненного пространства с учетом психического состояния подопечного.**

Организация безопасного жизненного пространства для подопечного в квартире зависит только от вас. Потеря памяти и нарушение координации движений у подопечного повышают опасность получения травм. Постарайтесь обеспечить дома как можно более безопасные условия:

- уберите колющие и режущие предметы, бытовые яды и лекарства;
- спрячьте подальше опасные электрические приборы все болтающиеся провода должны быть надежно закреплены;
- перекройте подачу газа, когда подопечный остается один;
- установите приспособления для безопасности подопечного (например, микроволновая печь для приготовления пищи);
- проверьте работу дверных замков, установите замки на окнах;
- используйте замки, которые не сможет открыть подопечный;
- внимательно следите за курящими;

- выключатели осветительных приборов необходимо располагать в легкодоступных и привычных для подопечного местах;
- обеспечьте адекватное общее освещение, свет на лестнице, ночники в спальне и туалете;
- контролируйте температурный режим в помещении, не допускайте сквозняков, переохлаждения или перегрева, помогайте подбирать и надевать одежду, соответствующую температурным условиям;
- следите за качеством продуктов, не допускайте употребления в пищу недоброкачественных или испорченных продуктов;
- установите поручни в ванне и туалете, дно ванны и полы не должны быть скользкими, замки на двери должны открываться снаружи;
- материал покрытия под ногами во всех помещениях должен быть ровным, без потрепанных и разорванных участков, с плотно прилегающими к полу краями. Специальные подложки помогут предупредить его скольжение;
- обув нужно выбирать мягкую, удобную, с нескользящей подошвой;
- не меняйте привычное для подопечного расположение мебели, она должна быть устойчивой, стулья и кровать – достаточно высокими. Следует отдавать предпочтение мебели без выступающих углов и торчащих ножек. Если таковая уже имеется, надо правильно ее расставить.

В целях безопасности подопечных, самостоятельно выходящих на улицу, следует прикрепить к их одежде нашивки или вкладывать в карманы бумаги с указанием паспортных данных, адреса проживания, имеющихся заболеваний и контактного телефона родственников.

### **2.12.1. Виды и способы предупреждения противоправных деяний и финансового мошенничества в отношении подопечного.**

Мошенничество – это хищение чужого имущества или приобретение права на чужое имущество путем обмана или злоупотребления доверием. Подобная преступная деятельность преследуется законом независимо от места совершения – в реальной или виртуальной среде.

Чаще всего жертвами мошенников становятся пожилые люди и инвалиды. И это неслучайно, поскольку данная категория граждан зачастую испытывает чувство одиночества и изолированности, они доверчивы и легко поддаются внушению со стороны.

С целью завладения имуществом преступники используют множество схем: продают пенсионерам лекарства-«пустышки», аппараты, которые

лечат все болезни, предлагают участвовать в различных в беду родственникам и прочее.

Существенным отличием мошенничества от других видов преступных деяний заключается в том, что пострадавшая сторона добровольно передает преступнику ценности и другие материальные блага. Подобные действия преступники совершают открыто, но при этом жертву вводят в заблуждение относительно тех или иных фактических обстоятельств. При этом обман обнаруживается, как правило, не сразу, а через период времени, позволяющий не только полностью завладеть имуществом, но и скрыть какие-то важные обстоятельства.

Мошенники постоянно изыскивают всё новые и новые варианты хищения чужого имущества. Кратко остановимся на самых распространенных.

#### 1. Под видом работников разных служб.

К вам пришли работники Пенсионного фонда, социальной, газовой службы, или иные лица под различными предложениями пытаются зайти к вам в дом для оказания услуг или проверки оборудования – не спешите пускать их в дом! Обязательно посмотрите их удостоверение, позвоните в ту организацию, сотрудниками которой они представились, или в полицию по телефону 02. Ни в коем случае не показывайте незнакомым места хранения денег и ценностей. Будьте бдительны при попытках отвлечь вас и оставить незнакомца без присмотра в квартире (например, под предлогом принести воды). В другой ситуации – к подопечным на улице могут подойти порядочные с виду мужчина или женщина и, представляясь работниками социальных служб, предложат помощь. И здесь есть несколько вариантов развития событий. «Соцработник» может провести жертву домой, рассказав, что ей принадлежит помощь в виде денег или продуктов. Но, к сожалению, средства в валюте, и их надо обменять или дать сдачу. Таким образом, злоумышленники устанавливают, где жертва хранит свои денежные средства, и пока последняя бежит по соседям и банкам, обменивая их, забирают у нее всё. Также «соцработник» сообщает о полагающейся подопечному поездке в санаторий либо социальном ремонте и т.п., но для получения данных услуг требуется передать предоплату и именно в день визита «социального работника». После получения денежных средств от жертвы, злоумышленники скрываются. Наиболее распространенные ситуации телефонного мошенничества.

#### 2. Требование выкупа.

Звонят с незнакомого номера на мобильный или домашний телефон. Чаще всего мошенник представляется родственником и взволнованным голосом сообщает, что задержан сотрудниками полиции и обвинен в совершении того или иного преступления. Далее в разговор вступает якобы сотрудник

полиции. Он уверенным тоном сообщает, что уже не раз помогал людям таким образом. Для решения вопроса необходима определенная сумма денег, которую следует привезти в назначенное место, передать какому-либо человеку либо перевести на банковский счет (абонентский номер телефона). Цена вопроса составляет до нескольких десятков тысяч рублей.

Звонящий может находиться как в местах заключения, так и на свободе. Набирая телефонные номера наугад, мошенник произносит заготовленную фразу, а далее действует по обстоятельствам. Нередко жертва сама случайно подсказывает имя того, о ком она волнуется.

Как поступать в такой ситуации.

Самое главное правило – прервать разговор и попробовать дозвониться якобы потерпевшему по всем известным вам номерам. В случае неудачи — его друзьям, родственникам, коллегам. Не впадайте в панику, звоните не менее 10–15 минут – помните, что люди могут находиться в зоне плохой связи, например в дороге. Если человек не берет трубку – напишите СМС с просьбой срочно и немедленно перезвонить. Как показывает практика, в большинстве случаев установить связь или примерное местоположение интересующего лица удастся в течение 15–20 минут.

Ни в коем случае не называйте звонящем какой-либо дополнительной информации о себе, а постарайтесь выяснить, кто находится с вами на связи. Если звонок от якобы близкого родственника или знакомого, обязательно задайте ему вопросы личного характера, ответы на которые помогут определить, не является ли он мошенником, умело имитирующим голос близкого вам человека.

Помните, что требование взятки и передач взятки являются преступлением!

### 3. Ошибочный перевод денежных средств.

Вам от имени оператора приходит СМС-сообщение с текстом, сообщающим о поступлении на ваш счет определенного количества средств. Пока вы задаетесь вопросами, как и откуда могли прийти деньги, приходит другое СМС-сообщение с текстом, что деньги внесли на ваш счет по ошибке и просят вернуть такую же сумму на «правильный» абонентский номер. Либо человек, «ошибочно положивший вам деньги на телефон», звонит лично и вежливо, но весьма настойчиво просит вернуть средства. Многие попадают на этот обман, потому как суммы здесь фигурируют небольшие.

Не исключено, что иногда такие ошибки и вправду допускаются, но довольно редко. Чаще всего никто вам никаких денег «по ошибке» не переводил, мошенники просто генерируют СМС-сообщения от имени вашего оператора сотовой связи.

Как поступать в такой ситуации. Проверьте баланс вашего счета, чтобы удостовериться, что он был пополнен на запрашиваемую незнакомым человеком сумму.

#### **4. Телефонный номер-грабитель.**

Платный номер или интернет-ссылка, за один звонок или выход на которые со счета списывается денежная сумма. Вам приходит СМС с просьбой перезвонить на указанный номер мобильного телефона. Просьба может быть обоснована любой причиной – помощь другу, изменение тарифов связи, проблемы со связью и так далее. После того как вы перезваниваете, вас долго держат на линии. Когда это надоедает, вы отключаетесь – и оказывается, что с вашего счета списаны крупные суммы.

Происходит следующее. Существуют сервисы с платным звонком. Чаще всего это развлекательные сервисы, в которых услуги оказываются по телефону и дополнительно взимается плата за сам звонок. Реклама таких сервисов всегда информирует о том, что звонок платный. Мошенники регистрируют такой сервис и распространяют номер без предупреждения о снятии платы за звонок.

Другие варианты этого вида мошенничества выглядят так. Абоненту приходит СМС-сообщение, содержащее объявление с предложением стабильной работы с высокой зарплатой. Для получения информации о работе предлагается отправить СМС или позвонить на короткий номер (повышенная стоимость СМС или платный автоответчик!).

Приходит СМС, что вы подписаны на какую-то услугу (получение прогноза погоды и т.п.) несколько дней бесплатно. Чтобы отключиться, нужно набрать сообщение STOP на такой-то четырехзначный номер. Если отправите СМС, то денег на счету заметно поубавится.

Как поступать в такой ситуации. Единственный способ обезопасить себя в этой ситуации – не звонить по незнакомым номерам и не отправлять СМС.

#### **5. Мошенничества с банковскими картами.**

Простота использования банковских карт оставляет множество лазеек для мошенников. Например, вам приходит сообщение с текстом: «обслуживание вашей банковской карты заблокировано, за подробной информацией обращайтесь по телефону...». После того как граждане перезванивают на указанные номера, мошенники представляются сотрудниками банков, «в котором у вас открыт счет», и, используя определенную терминологию, сообщают, что в целях исключения блокировки банковской карты и других нежелательных действий необходимо немедленно протестировать карту через банковский терминал и произвести ее активацию.

При выполнении дальнейших указаний злоумышленников с банковских карт граждан списываются значительные денежные суммы.

Происходит следующее: вы, выполняя указания мошенников, сами не замечая, сообщаете злоумышленникам реквизиты своей банковской карты (цифры на лицевой и оборотной сторонах, срок действия и даже ПИН-код), в результате они получают доступ к вашему счету.

Появился и сравнительно новый вариант данного способа мошенничества – получение персональных данных и реквизитов карты под предлогом оформления кредита на выгодных условиях.

Разновидностью указанного способа мошенничества является также рассылка СМС-сообщений с информацией о снятии денежных средств и указанием номера телефона для справок.

Как поступать в такой ситуации.

Не торопитесь сообщать реквизиты вашей карты, ни одна организация, включая банк, не вправе требовать ваш ПИН-код! Банки и платежные системы никогда не присылают писем и не звонят на телефоны граждан с просьбой предоставить свои персональные данные.

Помните, без вашего согласия карту никто и никогда не может заблокировать, а чтобы устранить любую банковскую неполадку, вам лично нужно присутствовать в банке, а не перечислять деньги на чужие счета и номера сотовых телефонов.

Для того чтобы проверить поступившую информацию о блокировании карты, необходимо позвонить в клиентскую службу поддержки банка. Скорее всего, вам ответят, что никаких сбоев на сервере не происходило, а ваша карта продолжает обслуживаться банком.

Как не стать жертвой мошенников?

Ниже приведено несколько рекомендаций для опекунов, которые помогут предотвратить факты мошенничества. Соблюдение этих простых правил поможет не только сохранить финансы, но и избежать обмана.

☐ Не открывайте дверь незнакомцам, даже если они в форменной одежде, белых халатах, масках и представляются сотрудниками какого-либо органа. Всегда просите документы.

☐ Сохраните номер своего территориального центра социального обслуживания в телефонной книжке и постарайтесь не отвечать на звонки с незнакомых номеров. При разговоре с сотрудником центра нужно обязательно спросить ФИО и должность собеседника, а затем уточнить информацию в учреждении.

☐ Запомните или запишите контакты горячей линии своего банка.

☐ Ни при каких обстоятельствах не сообщайте по телефону свои персональные данные и данные банковской карты.

☐ Не переходите по ссылкам, которые присылают с неизвестных номеров, и не перезванивайте незнакомцам.

☐ Если незнакомый человек представляется соцработником, работником Пенсионного фонда и прочим не открывайте ему двери.

О каждом визите они предварительно сообщают, а когда приходят, необходимо попросить их предъявить удостоверение.

☐ О фактах мошенничества необходимо сразу сообщать в правоохранительные органы. Не поддавайтесь на провокации и постарайтесь сохранять душевное равновесие.



## **МОДУЛЬ III**

**Темы занятия: роль семьи в обеспечении достойного уровня организации жизни подопечного; мотивация опекунов и попечителей.**

Форма организации занятия: семинар, индивидуальное консультирование, самостоятельная работа.

Цель занятия: приобретение навыков общения с подопечным, способности к грамотному и самостоятельному взаимодействию с недееспособным (ограниченно дееспособным) гражданином; навыков преодоления морально и психологической усталости в процессе исполнения обязанностей опекунов и попечителей.

После занятия кандидаты должны знать:

- о роли и значении семьи, семейных традиций, реликвий при формировании личности и характера человека;
- практические навыки эффективного взаимодействия опекуна и опекаемого
- основные тренинги, упражнения и программы по преодолению эмоционального выгорания опекунов, поддержанию душевного равновесия и эмоционально – информационной связи с подопечным.

После занятия кандидаты должны уметь:

- предотвращать риск жестокого обращения с подопечным в семье;
- оценивать возможный риск для жизни, здоровья и психологического благополучия подопечных;
- быть готовыми к сотрудничеству с другими членами семьи подопечных в процессе ухода за подопечными гражданами.

Структура занятия:

1. Приветствие. Описание цели и структуры занятия.  
Введение.

### **2. Информационная часть.**

Семья как реабилитирующая среда; способы реагирования семьи на стрессовые ситуации; мотивы принятия недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина под опеку; оценка возможностей и способностей опекунов обеспечить потребности подопечных;

психотерапевтические тренинги программа «Передышка» для опекунов и попечителей;

программы коррекции эмоционально-информационных связей между опекуном и подопечным;

тренинги по преодолению эмоционального выгорания опекунов; организация школы опекунов и попечителей;

роль и значение общественных объединений родителей и родственников недееспособных граждан

3 Индивидуальное консультирование

4 Самостоятельная работа

5 Подведение итогов занятия

### **Информационная часть**

#### **3.1. Семья как реабилитирующая среда.**

Появление в семье граждан с выраженными нарушениями в развитии всегда связано с эмоциональными переживаниями близких родственников и опекунов. Они часто испытывают огромные психологические трудности в общении с другими людьми из-за воздействия длительной, травмирующей психику ситуации, явившейся результатом переживания по поводу нарушений развития подопечного. В последнее время вопросами комплексного сопровождения семьи, где проживает совершеннолетний недееспособный или не полностью дееспособный гражданин (далее – подопечный), занимается всё большее число исследователей. В этих работах указывается на то, что участие семьи в коррекционном процессе обязательно. Рассматриваются самые различные аспекты этого участия. Исследования и практико-ориентированные методические пособия, посвященные семейному воспитанию детей с особыми образовательными потребностями, появившиеся в разные годы, подтверждают актуальность роли семьи.

Хорошо известно, что семейный фактор играет существенную роль в возникновении, протекании и преодолении нервно-психических, психосоматических и соматических болезней. Многие семьи, имеющие в своем составе больных нервно-психическими заболеваниями родственников, являются или становятся беспомощными, что требует особого подхода со стороны специалистов при оказании помощи как больным, так и их родственникам или опекунам.

Значительный опыт научно-практической работы авторов в разных отраслях клинической психологии заставляет всё больше обращать внимание на специфику проблем семьи, в которой живут пациенты с нервно-психическими заболеваниями.

Проблемы жизни семьи в связи с болезнью ее членов:

- проблемы принятия болезни подопечного;
- необходимость принятия решений в отношении судьбы подопечных;
- стигматизация и самостигматизация;
- переживание чувства вины по поводу болезни подопечного;
- материальные и организационные проблемы длительного лечения и ухода за подопечным;
- психологические проблемы выбора способа лечения (ухода), связанные со значительными затратами усилий и личного времени на их реализацию со стороны опекунов;
- изменение состава семьи в связи с болезнью одного или нескольких ее членов;
- наличие нескольких больных, особенно принадлежащих к разным поколениям;
- влияние состояния больного на качество жизни других членов семьи.

Психологически едва ли не самым сложным является этап диагностики и последующего принятия болезни (диагноза) подопечного для здоровых членов семьи. Известно, что постановка диагноза нередко сопровождается долгим процессом поиска нужного специалиста, хождения по нескольким медицинским учреждениям, психологическим центрам (вплоть до обращения к знахарям, старцам, целителям, экстрасенсам и др.).

Когда диагноз наконец-то установлен, возникает следующая трудность – принятие данного диагноза со всеми вытекающими из него сложными и чаще неприятными последствиями. К ним относятся, например, неизбежность длительного лечения, часто без гарантии улучшения состояния подопечного; изменение социального статуса подопечного; крах планов семьи. Принятие диагноза психического или неврологического заболевания в определенной мере можно сопоставить с реакцией острого горя, когда возникают известные фазы его переживания (отрицание, поиск виноватого, депрессивная фаза, примирение). При этом в поведении членов семьи можно наблюдать различные защитные механизмы личности, которые не всегда являются адекватными ситуации. Для преодоления указанных многочисленных трудностей необходима профессиональная помощь клинических психологов, конкретные способы которой разнообразны.

Необходимость принятия серьезных решений в отношении своих больных близких часто сопровождается сложными психологическими переживаниями и возможностью декомпенсации здоровых родственников.

Часто встречающимися примерами являются помещение в интернат родственника в связи с наличием тяжелого психического заболевания и др. Все эти ситуации требуют профессиональной психологической помощи и поддержки со стороны специалистов-психологов. Сохранение конфиденциальности сведений о болезнях членов семьи снижает риск дестабилизации и ухудшения качества жизни семьи в целом. Родные и близкие больного часто и небезосновательно опасаются отрицательных социальных последствий стигматизации и самостигматизации.

Термин «стигматизация» в данном контексте означает особое негативное отношение общества к психическим заболеваниям, больным, родственникам и специалистам, работающим в этой области. Восприятие психически больного в нашем обществе резко негативно в связи с существованием стигмы болезни. Это серьезно осложняет и без того нелегкую жизнь семьи.

Другим серьезным аспектом проблемы стигматизации может быть появление у здоровых членов семьи, чьи родственники по восходящей или боковой линии страдают нервно-психическими расстройствами, страхов перед неотвратимостью собственной болезни (самостигматизация).

Свой ракурс проблема стигматизации имеет и в отношении больных членов семьи старшего поколения. Появляются проблемы долга перед старшими заболевшими родственниками. Многие члены семьи подвергаются не только стигматизации и самостигматизации, но и испытывают острое или хроническое чувство вины (собственной причастности) по поводу наличия болезни у близкого родственника.

Чувство вины формируется по разным причинам. Это может быть генетическое родство («я носитель патологических генов, он заболел по моей вине») или психогенные механизмы («я довел своего близкого человека до депрессии», «я допустил непоправимые ошибки в воспитании близкого»). Возникшие в связи с чувством вины переживания могут сказаться на психическом и соматическом здоровье, а также социальной адаптации здорового члена семьи. Вероятно развитие затяжных субдепрессивных состояний, обострение имеющихся соматических и психосоматических симптомов у ухаживающего, что сказывается на самооценке, уровне работоспособности и вторично ухудшает состояние больного родственника. В этих случаях имеет место механизм «порочного круга», способствующий дальнейшему снижению качества жизни всех членов семьи.

Материальные и организационные проблемы диагностики, лечения и ухода за больным ложатся тяжелым бременем на всю семью. Организационные проблемы включают на этапе диагностики поиск нужного медицинского

учреждения и подходящего врача. На этапе лечения, кроме контактов с врачом, часто возникает вопрос о недобровольной госпитализации, требующей соблюдения прав больного и соответствующей процедуры с участием нескольких специалистов и юристов. Большие организационные трудности испытывают родственники при оформлении инвалидности и недееспособности. Длительное лечение современными медикаментозными препаратами, уход за тяжелобольными часто требуют больших денежных затрат, что с неизбежностью сказывается на снижении прежнего материального благополучия семьи.

Членам семьи принадлежит основная роль в выборе и реализации способа лечения (амбулаторное, стационарное, платное или бесплатное и т.п.). Это также относится к осуществлению рекомендаций врача и схемы лечения в течение многих лет. При этом поведение родственников в процессе лечения обусловлено социокультурными факторами. Нередко можно встретить приверженность членов семьи к «натуральным» препаратам, например лечению травами вместо адекватной современной фармакотерапии. В других случаях болезнь родственника понимается как кара, проявление бесовства. В таких случаях возможно использование неадекватных способов лечения, например изгнание бесов. Важной психологической проблемой является необходимость значительной затраты усилий и личного времени при реализации различных аспектов лечения, например при участии в длительных лечебно-реабилитационных программах. В данном контексте становится актуальной проблема ограниченности «личностного и семейного ресурса» здорового родственника и семьи в целом. В этих случаях может быть востребована помощь специалистов.

Наличие нескольких больных, особенно принадлежащих к разным поколениям, существенно ухудшает качество жизни семьи. В случае болезней членов семьи младшего и самого старшего поколений наибольшая психологическая и другие виды нагрузок падают на членов семьи среднего поколения. В таком случае эти члены семьи нуждаются в максимальной психологической поддержке. Реальная жизнь являет множество примеров соотношений болезни и здоровья у членов семьи всех поколений, что порождает необходимость разных видов профессиональной работы клинических психологов. Помощь таким семьям может оказываться как клиническими психологами, работающими с конкретными проблемами членов семьи, так и «универсальным» специалистом по типу семейного клинического психолога. Важная роль принадлежит также и социальным педагогам и работникам социальной защиты.

Каждая из вышеперечисленных проблем существенно ухудшает качество жизни семьи, в которой есть больные с нервно-психической патологией.

Можно и нужно говорить об ухудшении качества жизни как отдельного члена семьи, так и семьи в целом. Очень часто семья, столкнувшаяся с психическим заболеванием родственника, не только оказывается в информационном вакууме, но и испытывает острый дефицит поддержки и понимания со стороны окружающих, общества; нередко она считает необходимым скрывать «позорный» факт болезни одного из членов семьи. В ситуации изоляции переживания семьи и ее проблемы переносятся острее, иссякают силы, теряется надежда.

Первые психологические реакции носят защитный характер и связаны главным образом с дефицитом информации о психических заболеваниях и путях помощи человеку, столкнувшемуся с подобными проблемами. Ведь в обыденном представлении не только больно, но и стыдно, что близкий тебе человек болен.

Психическое заболевание всегда сопровождается нарушением поведения. Нарушения поведения шокируют близких, возникает стремление немедленно их выправить, и это, естественно, делается обычными методами – в одних случаях недееспособного бранят и призывают к порядку, в других – тоже бранят и призывают «взять себя в руки».

Это очень трудная для родственников проблема – понять и приучить себя к тому, что неправильное поведение подопечного не есть проявление злонамеренности, дурного воспитания или характера, что эти нарушения нельзя устранить или нормализовать обычными (воспитательными или карательными) мерами, что они устранятся по мере улучшения состояния. Неправильное поведение подопечного – естественный повод для огорчения (потому что оно указывает на плохое состояние его здоровья), но совершенно не основание для гнева или раздражения.

В семьях с недееспособным гражданином часто существует проблема понимания родственниками того, что человек болен, тех изменений и ограничений, которые накладывает болезнь. В крайних случаях встречается полное отрицание болезни.

Более распространенным вариантом является формальное принятие болезни. В этом случае, несмотря на то, что родственники признают сам факт существования болезни, они недооценивают отдельные ее проявления, а также тяжесть заболевания. Например, желание поспать подольше, быстрая утомляемость недееспособного могут восприниматься родными как лень, а не как снижение энергетического потенциала, присущее ряду психических заболеваний.

Недооценивая тяжесть заболевания, родственники невольно предъявляют завышенные требования к недееспособному, такие же, как к здоровому,

которые он не в состоянии выполнить. Это приводит к взаимным обидам, упрекам и разочарованию, что, в свою очередь, может повлечь к ухудшению его состояния.

Среди причин неприятия болезни можно выделить:

- ☐ недостаток информации о болезни;
- ☐ боль, связанную с потерей близкого таким, каким его знали и любили;
- ☐ боль от утраты надежд на будущее и несбывшихся ожиданий;
- ☐ страх социальной изоляции;
- ☐ непонятность поведения недееспособного.

Особой ситуацией является сокрытие болезни членами семьи друг от друга. Зная диагноз и прогноз заболевания, родственники скрывают его от больного. Они опасаются, что эта информация для него будет разрушительна и повлечет ухудшение состояния. В свою очередь, больной чувствует невыносимость своей болезни для родственников. Поэтому он начинает ее скрывать от самого себя (не признает себя больным) или винит себя в том, что причиняет боль своим родным. Он страдает от этого и не может обсуждать свои чувства по поводу болезни с семьей.

В такой ситуации важно, чтобы чувства родственников не «разрушали» их самих.

Специалисты выделяют несколько наиболее характерных ошибок в отношении здоровых членов семьи к недееспособному:

☐ Отторжение

Здоровые члены семьи отдаляются от заболевшего; семья стремится возложить всю ответственность за болезнь, лечение и вообще всё происходящее с больным на него самого.

☐ Примирение с болезнью

При таком типе отношения семье свойственно всё «списывать» на болезнь, объяснять болезнью любые черты характера и особенности поведения недееспособного члена семьи. В семье возникает излишняя опека гражданина, его освобождают от малейших нагрузок и домашних обязанностей, что приводит к развитию «синдрома выученной беспомощности», пассивному и безучастному отношению к своей дальнейшей судьбе.

☐ Непонимание природы болезни

Приводит к тому, что семья устранивается от помощи, предъявляет завышенные требования к недееспособному, часто критикует его и выражает недовольство его поведением. В таких семьях обычна конфронтация с лечащими специалистами. Такая позиция может достаточно серьезно мешать лечению.

Члены семьи должны понимать, что после установления диагноза психического заболевания жизнь не заканчивается. Конечно, болезнь накладывает ограничения на гражданина и его родных, требует пересмотра жизненных перспектив и уровня притязаний. Однако это не означает, что у человека нет будущего. Впереди целая жизнь, в которой он может создать семью и реализоваться как личность.

Как только семья доживает до момента, когда в голову приходит вопрос «что же теперь делать?», поиск хорошей литературы и общественных организаций, способных дать необходимые знания, приобретает первостепенное значение.

Родственникам и опекунам недееспособных граждан, интересующихся и стремящихся больше узнать о психических болезнях своего подопечного, грамотно организовать и наладить коммуникацию с ним, очень трудно разыскать необходимые источники информации.

Психиатрическое просвещение как форма информационной и социально-психологической поддержки родственников недееспособных граждан стало активно внедряться в нашей стране. В ряде зарубежных государств образовательный подход при оказании помощи семье применяется уже не одно десятилетие. Результаты научных исследований доказали, что психиатрическое просвещение служит основой понимания душевного мира недееспособного гражданина, что, в свою очередь, служит снижению психологического напряжения родственников и семье в целом при установлении контакта с подопечным и способствует эффективному взаимодействию с ним.

### **3.2. Способы реагирования семьи на стрессовые ситуации.**

Стрессовых ситуаций и накалов страстей в семье, как и в жизни каждого отдельного человека, не избежать. Жизнь состоит из постоянного преодоления каких-то проблем и трудностей, и в ней никуда не уйти от потерь, трагедий и разочарований. Некоторые психологи полагают, что длительное чувство благополучия и счастья ведет к застою в жизни человека и ослабляет такую важную защитную функцию организма, как постоянная готовность к борьбе. Итак, попытаемся взглянуть на стрессы с философской и психологической точек зрения.



Разные науки определяют это состояние по-разному. Однако многие ученые сходятся на том, что стресс – это болезнь не только психическая, но и психологическая и что без грамотного вмешательства специалиста от нее не избавиться. Стресс может выражаться в апатии, упадке жизненных сил, в подавленном настроении, порой даже в истериках.

Особенно опасен скрытый затяжной стресс, который может мучить человека годами. Он ни в чем особом не выражается, кроме того, что человек постоянно раздражается по мелочам, недоволен своей жизнью, вздыхает без причины, как будто что-то скрывая. Окружающим кажется, что у человека просто такой мрачный пессимистичный характер, на самом деле всему виной стресс.

Справедливо утверждение о том, что все болезни человека происходят от расстройства нервной системы. Постоянные волнения, переживания, а тем более стрессы медленно и верно разрушают организм: могут привести к заболеваниям пищеварительного тракта, нарушению работы сердечной мышцы, к постоянным головным болям и расшатыванию нервной системы. Стресс особенно бьет по больному месту, то есть начинает в первую очередь обострять хронические заболевания.

Как справиться со стрессом, возникающим при уходе за совершеннолетним недееспособным (ограниченно дееспособным) гражданином

Самое первое, с чего необходимо начать, – это преодоление тех тяжелых чувств, которые испытывают родственники и опекуны недееспособного гражданина. Только после этого может идти речь о конструктивном разговоре, о помощи. Перебороть тяжелые чувства, которые переполняют человека, когда он узнает о психическом заболевании своего близкого человека, очень непросто, и об этом знает любой психотерапевт или психиатр.

Рекомендации родственникам и опекунам, как избавиться от чувства вины:

- ☐ поговорите о своем чувстве вины с понимающим слушателем;
- ☐ постарайтесь понять, какие мысли стоят за вашим чувством вины (например, «Мне надо было поступать иначе, когда он(а) был(а) ребенком»; «Я обязан был раньше заметить признаки болезни и что-то предпринять»; «Я не должен был ему(ей) говорить такое»);
- ☐ не поддавайтесь этим ложным представлениям опираясь на полученную информацию о причинах и течении психических заболеваний;
- ☐ старайтесь не погружаться в прошлое;
- ☐ сосредоточьтесь на том, что можно сделать в настоящем и будущем для себя и недееспособного родственника;

□ помните, что вы достойны хорошей жизни, даже если ваш близкий не так счастлив, как хотелось бы.

Другого рода чувство вины, испытываемое близкими недееспособного гражданина, — так называемая «вина оставшегося в живых». Это чувство, что мы не заслуживаем жить лучше, чем близкий и дорогой нам человек; обратная сторона нашего недоумения, почему с хорошими людьми происходят такие ужасные вещи, беспокойство о том, могу ли я жить полной жизнью, если другие не могут.

Чувство вины может быть чрезвычайно сильным и разрушительным, мешающим жить полной жизнью, поэтому очень важно найти человека, способного доброжелательно и с пониманием выслушать. Сдерживая это чувство, вы его только усиливаете и ухудшаете последствия.

Определив ложные представления, стоящие за чувством вины, вы сможете рассуждать более разумно. Конечно, всё это предполагает, что вы будете больше знать о психических болезнях — еще один важный стимул к приобретению знаний.

Формирование нового понимания ситуации требует времени, терпения и желания ее изучать и обсуждать с другими. Это трудно по двум причинам. Прежде всего многие считают, что проблемы по возможности надо решать только внутри семьи.

Им кажется, что просить помощи со стороны — плохо или свидетельствует о слабости. Такой подход несет массу ненужных мучений многим семьям. Никто в семье не должен оставаться наедине с трагедией.

Без образования и поддержки семья не сможет справиться с этими сложными проблемами.

Многим семьям мешают искать помощи предрассудки и невежество нашей культуры в области психических заболеваний. Для таких семей очень важно найти людей, сочувствующих их борьбе с психической болезнью. Такие люди могут облегчить ситуацию так же, как это можно сделать, например, в случаях неожиданной слепоты или рака. Искать помощь и облегчение надо везде, где только возможно. Но, к сожалению, большинство этого не понимают, стыдливо прячутся и культивируют в своих семьях страх и чувство вины.

Самое печальное, что чувство вины очень стойко. От него нелегко освободиться даже тем семьям, в которых перечитали всю литературу о психических заболеваниях и знают всё, что можно узнать о биологических причинах болезней. Они рассказывают, как просыпаются сред ночи от мучительных неразрешимых вопросов о том, как бы надо было поступить в свое время.

Поскольку не всем удастся уйти от этих навязчивых мыслей, желательно постараться отложить их на будущее. Напоминайте себе, что овладев вашим вниманием, они отвлекут вас от конкретных дел по непосредственному улучшению жизни подопечного. Тот, кто слишком погружен в прошлое, не в состоянии как следует помочь в настоящем, и это, по горькой иронии, повлечет усиление чувства вины в будущем.

Лучше всего помогает следующее: каждый член семьи должен жить максимально полной жизнью сейчас, чтобы быть в состоянии отдавать как можно больше и не мучиться над неразрешимыми вопросами. Это конечная цель, однако ее гораздо легче сформулировать, чем достичь.

Чувства и ситуации, переживаемые близкими недееспособного гражданина, являются сильными дополнительными стрессами. Поэтому неудивительно, что в таких семьях часто страдают головными болями и проблемами с желудком, бывают плохой сон и аппетит, трудности с общением и все прочие проявления стресса.

Слишком резки и различны бывают мнения о том, как надо решать проблемы, в какой мере принимать участие и заботиться о недееспособном или, наоборот, делать так, чтобы он больше заботился о себе сам.

Чтобы научиться успешно справляться со стрессом, вам нужно признать, что для вас явилось причиной стресса; затем – как вы реагируете на стресс; и наконец, что помогает вам чувствовать себя лучше.

Не научившись справляться со стрессом, вы и другие члены семьи не сможете предоставить необходимой поддержки больному родственнику.

Вам необходимо включить приятные, комфортные занятия в свой привычный распорядок. Необходимо осознавать собственные пределы, то есть какой стресс вы в состоянии выдержать, в том числе при общении с недееспособным. Вполне естественно желание отдохнуть от общения с родственником. Много шансов, что после отдыха вы сможете лучше справляться с опекаемым и с собственным стрессом.

Душевнобольным людям необходимы любовь и поддержка семьи. Это значительно улучшает качество их жизни и уменьшает страдания. Но единственный способ, каким семья может дать любовь и поддержку – это посвятить время и энергию тому, чтобы остальные члены семьи чувствовали себя как можно более сильными, здоровыми и счастливыми.

В длительной перспективе непродолжительное, но плодотворное общение с больным родственником может дать больше, чем ежедневные визиты, полные обид и оставляющие вас опустошенным.

Нелегко сконцентрировать внимание на себе и здоровых членах семьи, в то время как недееспособный родственник имеет несравненно меньше, чем остальные. Он даже не может уехать куда-нибудь отдохнуть и лишен самых малых радостей в жизни. Но вы должны постоянно напоминать себе, что, лишив себя всего, не сделаете его более счастливым.

Заботиться о себе – значит и получать удовольствие без участия опекаемого гражданина. Отпуск надо проводить без него, и у вас должны быть свои интересы, дела и друзья. Научитесь держаться от него на определенном расстоянии. Если не научитесь, то никогда не сможете дать ему той любви и поддержки, в которых он нуждается.

Как недееспособному родственнику необходимо научиться жить максимально полной по его возможностям жизнью, так и ему нужно, чтобы и вы жили как можно более полной жизнью.

Хотя психически больные не всегда осознают, что происходит вокруг, но они обычно остро воспринимают окружающий эмоциональный климат и могут быть очень чувствительны к вашим переживаниям и к тому, как идет ваша жизнь. Некоторые испытывают сильное чувство вины за то, что болезнь так повлияла на жизнь всей семьи.

Большинство не способно ясно выразить эти чувства, но им легче, когда другие продолжают жить собственной жизнью.

Научитесь правильно расходовать силы. Ваша жизнь подобна непрерывному марафону. Если не будете восстанавливать силы и станете двигаться быстрее, чем допускает организм, – погибнете. Некоторые семьи взваливают на себя гораздо больше, чтобы сделать максимально возможное для больного родственника, а когда не удается достичь желаемых результатов, поворачиваются к нему спиной.

### **Рекомендации родственникам и опекунам, как справиться со стрессом при взаимодействии с недееспособным (ограниченно дееспособным) гражданином.**

Порой кажется, что невозможно в условиях постоянных эмоциональных травм от контактов с недееспособным родственником сохранить свои собственные надежды, план на будущее, чувство собственного достоинства. Но чем труднее эта задача, тем важнее предпринимать усилия к ее выполнению.

Ниже даются 10 рекомендаций, как вам справиться с отчаянием и депрессией из-за болезни близкого человека и связанными с ней у вас болью и ограничениями:

- ☐ занимайтесь деятельностью без участия недееспособного родственника, такой как работа, посещение театров, беседы с друзьями, поездки в отпуск;
- ☐ помните, что опекаемый, недееспособный родственник вас больше уважает, зная, что у вас есть собственная жизнь;
- ☐ знайте, что ваши внутренние ресурсы больше, чем вы думаете;
- ☐ осознавайте пределы того, что вы можете сделать для больного родственника;
- ☐ примите реальность болезни родственника и накладываемых ею ограничений, не обвиняя ни себя, ни других;
- ☐ научитесь ожидать непредсказуемого и неожиданного;
- ☐ продолжайте повышать уровень знаний, своих и окружающих, и ищите поддержку;
- ☐ поддерживайте свое здоровье с помощью правильного питания и физических упражнений. Старайтесь снизить уровень стрессов;
- ☐ поддерживайте социальные контакты;
- ☐ оказывайте помощь, не жалея времени и энергии тем, чье положение подобно вашему.

Подобно тому, как меняется способность спортсмена выдерживать марафон, может изменяться и количество времени, энергии, денег и общения, предоставляемых недееспособному опекаемому. Внимательно относитесь к своим возможностям.

Важно также с уважением относиться к действиям других членов семьи. Они могут отличаться от ваших и от того, что вам нравится. Часто это ведет к спорам и напряженным отношениям. Вам должно хватать собственных отношений с недееспособным. Примирившись с различиями в подходах к болезни, можно избавиться от лишних ненужных стрессов в жизни. Легко прийти к мысли, что другие поступают плохо или неправильно, если делают не то и не так, как вы хотите. Но только допустив другие мнения и действия, можно обеспечить гармонию и необходимую поддержку в семье.

### **Значение самообразования.**

Члены семей обычно делают всё, что могу для больных родственников; при подготовке и поддержке возможности семьи чрезвычайно возрастают. Образование — одно из важнейших средств выживания, когда речь идет об этих непонятных и сложных заболеваниях.

Симптомы трудно распознать, особенно в начале.

Нелегко понять и методы лечения. Сама система психического здоровья и используемые ею правовые процедуры чрезвычайно сложны, а порой и нелогичны. При отсутствии хороших, практических знаний в этой области ваша жизнь может стать еще более напряженной и разбитой - ведь даже обладая такими знаниями, вы имеете массу оснований к гневу, разочарованию, боли и замешательству.

Психические заболевания бывают непредсказуемы, поэтому надо научиться быть готовым к неожиданному. Вы избавите себя от многих проблем, посоветовавшись с доброжелательным инструктором или консультантом, вместо того чтобы проходить десятилетнюю школу тяжелого практического опыта.

Пользуясь литературой, видео - и аудиозаписями или посещая занятия, вы сможете научиться распознавать признаки начала ухудшения самочувствия родственника, а раннее вмешательство избавит всех от ненужной боли и страданий. Точно так же знания помогут обнаружить прогресс в состоянии недееспособного родственника – поскольку улучшение обычно происходит намного медленнее, чем хотелось бы, его легко не заметить.

Знакомьтесь со службами психического здоровья, действующими в вашей местности. Независимо от того, понадобятся ли они сейчас вашему родственнику, знать о них крайне важно. Труднее всего что-либо предпринимать во время кризиса. Чем скорее вы сможете узнать, куда обратиться во время кризиса или в тот момент, когда родственник решит, то нуждается в помощи, тем лучше вы окажетесь подготовлены к таким ситуациям.

В самых разумных и предусмотрительных семьях списки номеров телефонов и адресов служб психиатрической помощи, врачей и прочих держат в условленном месте около телефона. Всё, что удастся сделать в острый момент, чтобы приступ прекратился хоть на несколько минут скорее, может быть большой удачей.

### **Реальные цели и ожидания в отношении самого себя.**

Повышайте уровень своих знаний. Старайтесь как можно больше узнать о болезни и о том, как с ней справляться. Развивайте способность отвечать родственнику спокойно и собранно, а не раздраженно. Совершенствуйте способность распознавать и положительно оценивать самые малые признаки улучшения его состояния. Учитесь лучше распознавать признаки ухудшения, не впадая при этом в панику. Вносите больше радости в свою жизнь и обогащайте ее, несмотря на трагедию в семье. Совершенствуйте способность поддерживать доброжелательную жизненную дистанцию в отношении с

родственником. Постоянно ищите необходимую поддержку во всём, что положительно влияет на ваши отношения с недееспособным родственником.

Иметь возможность поговорить, получить поддержку и информацию о психическом заболевании – чрезвычайно важно для вашего собственного душевного состояния. В условиях, когда так мало людей понимают, через какие испытания вы проходите, и еще меньше людей знают, как нужно поступать в этих условиях, нет ничего важнее возможности поговорить с теми, кто через всё это прошел. Присоединение к группе поддержки – самое важное и полезное, что вы можете для себя сделать.

Предстоит еще много узнать о психических болезнях и о том, как с ними справляться. Много времени также пройдет, пока вы научитесь справляться с негативными чувствами, возникающими у вас и других членов семьи при общении с психически больным. Вам надо научиться так же терпеливо относиться к самому себе, как к вашему больному родственнику.

И точно так же, как вам важно выяснить, чего реально можно ожидать от родственника, вы должны понять, чего можете реально ожидать от самого себя.

Всё же эти чувства охватывают близких, обнаруживающих ограниченность системы психического здоровья и свою собственную неспособность что-либо существенно изменить. Никому не хочется чувствовать себя беспомощным, особенно если страдает любимый человек. Конечно, гнев и беспокойство могут вызываться и раздражающим поведением больного.

Всплески этих чувств бывают неприемлемы и довольно опасны: легко рассердиться на членов семьи и подопечного, если они, по-вашему, что-то делают неправильно. Важно как можно точнее выяснить, что именно в данной конкретной ситуации вызвало у вас гнев и возмущение. Ищите способы справляться с непосредственной причиной вспышки гнева. В большинстве случаев, чтобы справиться со стрессом, нужна помощь психолога или психотерапевта, очень сильно помогает поддержка близких людей, но также человек в силах сам себе помочь.

Во-первых, человек должен признать, что у него есть такая проблема, как стресс, и попытаться определить его причины. Затем нужно подумать о том, как устранить причины стресса или минимизировать их влияние на организм. Если стресс вызван конфликтом в семье, то нужно решать этот конфликт. Во многих случаях помогают справиться со стрессом позитивный внутренний настрой и здоровый образ жизни.

### **3.3. Мотивы принятия недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина под опеку**

Желание взять недееспособного (ограниченно дееспособного) возникает у всех по-разному, при разных обстоятельствах, причем не каждый, кто задумывается о принятии гражданина под опеку, решает идти до конца.

Рассмотрим для начала основные понятия и определения.

Мотивация – побуждение к действию; динамический процесс физиологического и психологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость; способность человека удовлетворять потребности.

Потребность – ощущение недостатка в чем-либо, которое носит индивидуализированный характер при всей общности проявления. Выделяют врожденные потребности, которые являются общими для всех (в еде, сне, отдыхе и т.п.), и приобретенные, связанные с существованием человека в обществе (потребность в достижении результата, в любви, в уважении и т.п.). Потребности – это основной источник активности человека как в практической, так и познавательной деятельности.

Мотив – это то, что вызывает определенные действия, вызванные собственными потребностями, эмоциями, позицией человека. Один и тот же мотив может быть порожден в зависимости от ситуации как внешним воздействием, так и внутренней мотивационной структурой.

**Существуют два вида мотивов:**

**– деструктивные мотивы.**

Распространенным деструктивным мотивом можно назвать жалость. Часто, увидев в телевизионной программе одинокого, нуждающегося в помощи человек (будь то ребенок-сирота или совершеннолетний недееспособный гражданин, о котором некому позаботиться), взрослые испытывают импульсивное желание спасти хотя бы одного, сделать его жизнь более комфортной, облегчить страдания. Однако жалость не может заменить любовь, зато имеет тенденцию быстро перерасти в неприязнь, потому что жалеть всю жизнь невозможно.

Многим опекунам знакомы ситуации, что после устройства в семью недееспособного уже совсем не жалко, а привязанности и каких-либо нежных чувств еще не «проснулось», что заметно осложняет процесс адаптации. Кроме того, под действием сиюминутного порыва многие опекуны не задумываются о ресурсах семьи: собственном здоровье, финансовых или жилищных трудностях и т.п.

Если оформить опеку над недееспособным (ограниченно дееспособным)



гражданином изъявил желание только один из супругов или членов семьи, а другие пошли у него на поводу, то это решение не принесет радости ни семье, ни опекаемому. Другие члены семьи не смогут принять опекаемого в семью и привязаться к нему, как следствие, рано или поздно начнут предъявлять претензии или уклоняться от помощи («Ты выбрала, ты и занимайся»).

Кдеструктивной мотивации также относится чувство «страха одиночества». Причиной здесь может быть то, что дети подросли и покинули отчий дом («синдром опустевшего гнезда») или же вообще никого рядом нет. Эти мотивы чаще посещают одиноких женщин в возрасте, у которых назревает перспектива остаться в старости одинокой.

Иногда у опекунов возникает желание самоутвердиться за счет опекаемого гражданина, совершить «подвиг» или просто доказать кому-то или себе, что «могу».

Мотив «обретение смысла жизни» подразумевает, что в данный период жизни взрослого смысл жизни потерян. Причиной тому может быть острое горе, ситуативный стресс, нарушенные отношения в семье или одиночество, за которым иногда стоят психические заболевания (например, депрессия). Оформление опеки в данном случае проблему не ликвидирует, хотя и может вызвать чувство субъективного облегчения. Нерешенная личностная проблема в дальнейшем может стать причиной установления патологических взаимоотношений с опекаемым. Иногда ведущим мотивом может стать стремление получить материальные выгоды. Для некоторых финансовая сторона выступает достаточно сильным стимулом. Семьи, оформившие опеку над недееспособным и несовершеннолетним (ограниченно дееспособным) гражданином, имеют ряд социальных гарантий и льгот. Но если думать только о материальных выгодах, легко можно забыть о самом опекаемом, его чувствах и ощущениях и лишь еще больше ему навредить.

Еще одним негативным мотивом может выступить желание «замолить грехи» или «исполнить данный Богу обет». Некоторые люди, с возрастом пришедшие к Богу, начинают испытывать чувство вины за сделанные в молодости ошибки и готовы на принесение «жертв».

Оформление опеки над нуждающимся рассматривается как своего рода наказание, крест. Руководствуясь таким мотивом, опекун не может адекватно оценить трудности во взаимоотношениях с опекаемым и своевременно обратиться за помощью.

Существует достаточно других способов «искупления вины» без того, чтобы принимать в свою семью недееспособного: денежные пожертвования в адрес детских домов и ПНИ, волонтерская деятельность и др.:

#### **– конструктивные мотивы.**

Главным конструктивным побуждением принять в свою семью опекаемого недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина является в первую очередь чувство родственного долга (будь это бабушка, дедушка, сестра, тетя и т.д.), а также желание помочь и быть полезным в обществе.

Эффективный опекун – это человек, у которого нет оснований жаловаться на свою жизнь, ему многое удастся, он считает, что жизнь его станет еще богаче, когда в семье появится человек, нуждающийся в его помощи, уходе и заботе, и всерьез к этому стремится, несмотря на возможные сложности. Он знает о том, какие могут возникнуть проблемы и трудности, и полон решимости их преодолевать.

### **3.4. Оценка возможностей и способностей опекунов обеспечить потребности подопечных**

При выборе опекуна или попечителя должны учитываться его личные качества, способность выполнения им данных обязанностей, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве.

Для соблюдения последнего правила по возможности стараются учитывать желание самого подопечного. Согласие подопечного с кандидатурой попечителя обязательно и при установлении патронажа.

Особую роль личные качества опекуна играют при установлении опеки над душевно больным. Совместное проживание с человеком психически нездоровым создает множество житейских проблем, хлопот в бытовом отношении и далеко не всегда бывает вполне безопасным. Кроме того, нужен известный навык в обращении с больным человеком, опыт применения психотропных лекарств и знание симптомов заболевания, требующих своевременного врачебного вмешательства. Естественно, что легче и лучше с проблемами ухода справляются ближайшие родственники больного, привыкшие к нему за время совместного проживания. Тем более что на их стороне бывают и личные симпатии подопечного, значительно облегчающие уход за ним.

В случаях, когда столь близких родственников из числа возможных кандидатов на опекунство нет, предпочтительнее выбирать опекуна из числа социально положительных людей, имеющих определенный медицинский опыт и изъявивших желание взять на себя подобные обязанности.

Для исследования личности в психологии используются многие методы – это личностные шкалы, опросники, экспериментальные,

проективные техники, лабораторные методы, заключение наблюдателя, корреляционные исследования, включающие в себя всё – от исследования особенностей обменных процессов до исследования индивидуальных психических функций.

Чтобы определить характер человека, его способности и наклонности, стиль общения с окружающими, существует большое количество различных психологических методик. Психодиагностика представляет собой формализованный метод исследования психологических свойств конкретного человека. Объективность психодиагностических тестов обусловлена статистически подтвержденной достоверностью, а полученные результаты не зависят от опыта и личностных особенностей экспериментатора.

Возможности и способности кандидатов в опекуны, их психологическое обследование можно определить с помощью следующих методик исследования личности:

- ☐ ИТО – индивидуально-типологический опросник (Л.Н. Собчик);
- ☐ стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик;
- ☐ диагностика межличностных отношений Т. Лири (ДМО).

ИТО – индивидуально-типологический опросник (Л.Н. Собчик) .

Эта методика, разработанная Л.Н. Собчик, несмотря на свою лаконичность, является весьма информативной. С помощью ИТО легко определяются типологические особенности индивида, ведущие черты его характера. Кроме того, данная методика способствует выявлению спектра наиболее подходящих каждому конкретному обследуемому лицу видов профессиональной деятельности и преобладающих деловых качеств.

По результатам обследования легко понять, насколько уравновешенным является опекун, какие особенности его характера акцентированы, в благоприятной ли он находится ситуации или дезадаптирован. Поэтому тест также может успешно использоваться в профориентации, при отборе и расстановке кадров, в семейном консультировании, в сфере образования в целях индивидуализации подхода к отдельной личности.

Время выполнения теста – 30 минут.

Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик

Метод СМИЛ можно назвать «тяжелой артиллерией» психодиагностики. Он занимает около часа работы самого обследуемого (при этом психолог может даже не присутствовать) и 10 минут на подсчет данных. После подсчета данных психолог получает полный портрет опекуна, включающий богатый спектр структурных компонентов личности:

- ☐ мотивационная направленность личности;
- ☐ самооценка обследуемого;
- ☐ стиль межличностного поведения;
- ☐ полоролевой статус;
- ☐ черты характера;
- ☐ тип реагирования на стресс;
- ☐ защитные механизмы обследуемого;
- ☐ когнитивный стиль;
- ☐ ведущие потребности;
- ☐ сексуальную ориентацию;
- ☐ степень адаптированности опекуна и возможный тип дезадаптации;
- ☐ наличие психических отклонений;
- ☐ выраженность лидерских черт;
- ☐ склонность к суициду;
- ☐ предрасположенность к алкоголизму;
- ☐ наличие количественных и качественных характеристик устойчивых, профессионально важных свойств.

Преимущество данного метода – это наличие в его структуре шкал достоверности, позволяющих определить не только надежность результатов, но и установки испытуемого на сам процесс обследования.

СМИЛ – это модификация теста ММРІ, который является квантифицированным, количественным методом оценки личности.

СМИЛ не только позволяет обнаруживать личностные особенности и проблемы опекуна, но и подсказывает наиболее адекватный индивидуально ориентированный путь подхода к его личности в целях оказания социально-психологической помощи, а также умелого использования свойств и

способностей определенного человека в общественной активности и сосуществование с семейным окружением, в том числе с недееспособным (ограниченно дееспособным) совершеннолетним гражданином.

### Инструкция

*Прочитав каждое утверждение, зачеркните «В (верно)» перед номером соответствующего утверждения, если согласны с утверждением, или «Н (неверно)», если не согласны.*

В Н 1. Я постараюсь отнестись к исследованию ответственно и быть максимально искренним(ей).

В Н 2. У меня очень сложный и трудный для окружающих характер.

В Н 3. Я лучше справляюсь с работой в тиши и одиночестве, чем в присутствии многих людей или в шумном месте.

В Н 4. Решая серьезные проблемы, я, как правило, обхожусь без посторонней помощи.

В Н 5. Я очень редко заговариваю первым (первой) с незнакомыми людьми.

В Н 6. Для меня важно, что подумают другие о моих высказываниях и поступках.

В Н 7. Если будет нужно, я разрушу все преграды на пути к достижению цели.

В Н 8. Я часто тревожусь по пустякам.

В Н 9. В моих неудачах виноваты определенные люди.

В Н 10. Для меня важно иметь общее мнение с теми людьми, с которыми я обычно общаюсь.

В Н 11. Меня мало касается все, что случается с другими.

В Н 12. Мне интересны яркие личности.

В Н 13. Мне нет дела до чужих страданий: хватает своих.

В Н 14. В шумной компании я чаще всего выступаю только в роли наблюдателя.

В Н 15. Для меня невыносимо наблюдать страдания других людей.

В Н 16. Я человек абсолютно правдивый и искренний.

В Н 17. Все мои беды связаны с собственным неумением ладить с людьми.

В Н 18. Меня часто тянет к шумным компаниям.

В Н 19. Принимая важное решение, я всегда действую самостоятельно.

В Н 20. Мне всегда приятно заводить новых знакомых.

В Н 21. Берясь за какое-либо дело, я не стану долго раздумывать, прежде чем начать действовать.

В Н 22. Меня раздражают люди, пытающиеся изменить мое мнение, когда я уверен (уверена) в своей правоте.

В Н 23. Я часто волнуюсь за близких мне людей даже без серьезного повода.

В Н 24. Я не могу терпеть, когда кто-нибудь меняет заведенный мною порядок.

В Н 25. Я умею привлекать к себе внимание окружающих меня людей.

В Н 26. В жизни я твердо придерживаюсь определенных принципов.

В Н 27. Люблю посещать компании, где можно танцевать или петь.

В Н 28. Я чрезвычайно чувствителен (чувствительна) к изменениям в настроении окружающих меня людей.

В Н 29. Я могу не смущаясь дурачиться в веселой компании.

В Н 30. Я спокойно отношусь к тому, что кто-то рядом переживает по поводу своих неприятностей.

В Н 31. Я никогда не поступаю как эгоист (эгоистка).

В Н 32. Часто бывает так, что из-за меня у окружающих портится настроение.

В Н 33. Интересные идеи приходят мне в голову чаще, когда я один (одна), а не в присутствии многих людей.

В Н 34. Я могу взять на себя ответственность за целую группу людей для пользы дела.

В Н 35. Мне трудно преодолеть застенчивость, когда нужно говорить перед группой людей.

В Н 36. Мнение старших по возрасту или положению большого значения для меня не имеет.

В Н 37. Мне не трудно заставить других людей действовать так, как я считаю нужным.

В Н 38. Я так сильно переживаю неудачи, что у меня ухудшается самочувствие.

В Н 39. Я всегда бываю упрям (упряма) в тех случаях, когда уверен (уверена) в своей правоте.

В Н 40. Если в компании я не нахожусь в центре внимания, мне становится скучно и неинтересно.

В Н 41. Никто не может навязать мне свое мнение.

В Н 42. Мне нравится путешествовать с разными, каждый раз новыми попутчиками.

В Н 43. Я могу изменить свое мнение под давлением окружающих.

В Н 44. В поезде я с удовольствием провожу время в беседе с попутчиками.

В Н 45. Я никогда не вру.

В Н 46. Я никогда не откладываю на завтра то, что следовало сделать сегодня.

В Н 47. Я вечно всем недоволен (недовольна).

В Н 48. Я люблю одиночество, позволяющее мне сосредоточиться на своих мыслях.

В Н 49. Я умею заинтересовать людей и повести их за собой.

В Н 50. Мне нравится командовать другими.

В Н 51. Я умею дать отпор тем, кто вмешивается в мои дела.

В Н 52. Мне бывает неловко за высказывания и поступки моих близких.

В Н 53. Мне нередко приходилось в драке защищать свои права.

В Н 54. Я испытываю чувство вины (или даже стыда), если меня преследуют неудачи.

В Н 55. Мое настроение находится в сильной зависимости от настроения тех, кто меня окружает.

В Н 56. Я добиваюсь своего упорством и настойчивостью.

В Н 57. Мне часто бывает скучно, когда вокруг все веселятся.

В Н 58. Мое грустное настроение легко исправляется, если я смотрю в кино или по телевизору комедийное представление.

В Н 59. Ради сохранения добрых отношений я могу отказаться от своих намерений.

В Н 60. Я всегда придерживаюсь общепринятых правил поведения.

В Н 61. Меня любят все мои друзья.

В Н 62. У меня трагичная судьба.

В Н 63. У меня много близких друзей.

В Н 64. Я самый несчастный человек на свете.

В Н 65. Мне проще надеяться на других, чем брать на себя ответственность, даже если речь идет о моих проблемах.

В Н 66. Я стараюсь быть таким (такой), как все, не выделяться среди других.

В Н 67. Я человек спокойный, уравновешенный.

В Н 68. Я могу долго не реагировать на чьи-то шутки, но потом взорваться гневной реакцией.

В Н 69. Я очень чувствителен (чувствительна) к изменениям погоды.

В Н 70. Я не люблю присутствовать на шумных застольях.

В Н 71. Я могу проявить безалаберность в делах, а потом понемногу приводить их в порядок.

В Н 72. Я люблю ходить в гости.

В Н 73. Мне все равно, что обо мне думают окружающие.

В Н 74. Я волнуюсь только по поводу очень больших неприятностей.

В Н 75. Я никогда не испытываю желания выругаться.

В Н 76. Я никого никогда не обманывал (не обманывала).

В Н 77. Мне никто не нужен, и я не нужен (не нужна) никому.



В Н 78. Я человек застенчивый. •

В Н 79. Мне ужасно не везет в жизни.

В Н 80. Я часто стараюсь следовать советам более авторитетной личности.

В Н 81. Я бы очень переживал(а), если бы кого-то задел(а) или обидел(а).

В Н 82. Меня ничем не испугать.

В Н 83. Я часто пользуюсь чужими советами при решении своих проблем.

В Н 84. В своих неудачах я в первую очередь виню самого (саму) себя.

В Н 85. Я совершенно не обращаю внимания на свой стиль одежды.

В Н 86. Я не стараюсь планировать свое ближайшее будущее и работу.

В Н 87. Когда меня зовут в гости, я чаще всего думаю: «Лучше бы мне остаться дома».

В Н 88. Я ничего не знаю о личных проблемах окружающих меня людей.

В Н 89. Малейшая неудача резко снижает мое настроение.

В Н 90. Я никогда не сержусь.

В Н 91. Я отвечал(а) на все вопросы очень правдиво.

Регистрационный лист, ключ для подсчета результатов и шкалы измерения индивидуально-типологических тенденций см. в Приложении (Приложения 1—4).

Полученные по каждой учитываемой шкале баллы откладываются на соответствующих радиусах схемы (см. рис. 3).

Интерпретация находится в прямой зависимости от количества значимых ответов по восьми шкалам:

□ показатели в пределах нормы (3—4 балла) — гармоничная личность,

□ выраженные умеренно (5—7 баллов) — акцентуированные черты,

□ выраженные избыточно (8—9 баллов) — состояние эмоциональной напряженности, затрудненная адаптация,

□ тенденции, компенсированные полярными свойствами (то есть антитенденциями), являются свидетельством значительной эмоциональной напряженности и признаком наличия внутреннего конфликта, если показатели выше 5 баллов. Для нормы (в пределах четырех баллов) это свидетельство сбалансированности разнонаправленных свойств,

□ показатели 0 и 1 балл указывают на гипоземотивность, плохое самопонимание или неоткровенность при обследовании.

Социально-психологические аспекты (лидерство, компромиссность и т. д.) проявляются как акцентуированный или дезадаптирующий стиль межличностного поведения при выраженных показателях (более 4 баллов) по соседствующим типологическим свойствам.

При этом если по шкале лжи (неискренность) набрано более 5 баллов — данные不可靠.

Если по шкале аггравации (подчеркивание проблем) набрано более 5 баллов — данные不可靠.



Рис. 3. Шкалы измерения индивидуально-типологических свойств

Шкала тревожности при умеренных показателях (3-4 балла) выявляет осторожность в принятии решений, ответственность по отношению к окружающим, социальную созвучность среде, при показателях выше 4 баллов эта шкала проявляется как акцентуация (повышенная мнительность, боязливость), а

показатели более 7 баллов отражают склонность к навязчивым страхам и паническим реакциям, дезадаптивное состояние.

Шкала **стеничности** (агрессивности) в норме соответствует уверенной тенденции к самоутверждению, к активной самореализации, стремление к отстаиванию своих интересов. При повышенных баллах (6—7) указывает на эгоцентризм и склонность к агрессивной манере самоутверждения вопреки интересам окружающих, а при баллах выше 7 выявляет явную склонность к агрессивным высказываниям или действиям.

Шкала **интроверсии** отражает застенчивость и недостаточную общительность при 6—7 баллах, а при более высоких показателях выявляет замкнутость и аутичность. Шкала **экстраверсии**, говорящая об обращенности личности в мир реальных явлений при показателях 4—5 баллов, при показателях выше 6 баллов свидетельствует о избыточной общительности, а при 9 баллах — о неразборчивости и назойливости в межличностных контактах.

Шкала **сензитивности** бывает повышенной (более 4 баллов) у личностей впечатлительных и весьма чувствительных к давлению окружающей среды. Более высокие показатели (8—9) свидетельствуют о невротической структуре переживаний.

Показатели шкалы **спонтанности** в пределах 4-5 баллов характерны для лиц с позитивной самооценкой и стремлением к нормальному самоутверждению, а при показателях в 6—7 баллов проявляются раскованностью поведения и стремлением к лидированию; показатели в 8-9 баллов выявляют высокую импульсивность; в сочетании с **экстравертированностью** и **агрессивностью** этот фактор формирует «**сильный**» (гиперстенический) тип поведения. В то же время **сензитивность** в сочетании с интровертированностью и **тревожностью** формирует типологически «**слабый**» (гипостенический) конституциональный тип.

Шкала **ригидности** выявляет при умеренных показателях устойчивость к стрессу и педантизм, а при показателях выше 7 баллов — субъективизм, инертность (тугоподвижность) установок, настойчивость и настороженную подозрительность. Шкала **лабильности** при показателях более 5 баллов отражает изменчивость настроения, мотивационную неустойчивость, а при более высоких показателях — избыточную эмотивность, черты выраженной демонстративности, истероидные проявления. Эти две шкалы формируют смешанные варианты по отношению к чисто гиперстеническому и чисто гипостеническому.

Стиль межличностного поведения по **конформному типу** базируется на типологических свойствах тревожности и сензитивности и при повышенных показателях проявляется избыточной ориентированностью на общепринятые нормы поведения. Повышенная тревожность в сочетании с эмоциональной неустойчивостью формируют такое качество, как компромиссность, когда индивид стремится к самоутверждению, но при этом избегает конфликта с референтной

группой. **Зависимый** стиль взаимодействия с микросоциумом выводится из повышенных показателей по шкалам интроверсии и сензитивности (чувствительность и ранимость в отношении средовых воздействий с выраженной потребностью в глубокой и постоянной привязанности и в защите со стороны более сильной личности), так как эти тенденции создают почву для поведения, направленного на избегание конфликта и поиска щадящей социальной ниши. **Лидерство** проявляется при умеренных показателях самостоятельностью в принятии решений, предприимчивостью и стремлением быть ведущим, а не ведомым и формируется сочетанием умеренно выраженных показателей шкал **спонтанности** и **экстраверсии**. При высоких баллах (6—7) по этим шкалам стиль межличностного поведения отличается самоуверенностью и неумением соблюдать субординацию по отношению к старшим по должности или по возрасту лицам, а при оценке в 8—9 баллов выявляются черты самовлюбленности и мания величия. Наиболее высокие показатели по шкалам **лабильности** и **экстраверсии** проявляются **коммуникативностью**.

**Социальная пассивность** базируется на **интровертированности** и проявляется как сниженная внешняя реактивность при одновременно более богатой интрапсихической активности и высокой рефлексивности. **Социальная активность** связана со степенью выраженности **экстравертированности** и проявляется склонностью к широким социальным контактам, двигательной раскрепощенностью при отсутствии тенденции к самоанализу.

**Индивидуализм** как стиль межличностного поведения формируется сочетанием повышенных показателей по шкалам **интроверсии** и **ригидности** и проявляется устойчивостью собственного, временами достаточно самобытного и субъективного мнения. Сочетание повышенных показателей по шкалам **ригидности** и **агрессивности** проявляется конфликтным и неконформным стилем поведения. У **женщин** чаще встречаются акцентуации по **сензитивному**, **тревожному** и **эмотивному** типу, а у **мужчин** — по **спонтанному**, **агрессивному** и **ригидному**.

Сочетание высоких показателей по шкалам спонтанности и интроверсии характерно для **экспансивных шизоидов**. Склонность к перепадам настроения проявляется изменчивостью показателей шкал интровертированности и экстраверсии у **циклотимной** личности.

**Социально активные коммуникабельные экстраверты** отличаются преобладанием правополушарных характеристик: освоение новой информации им дается легче через разговорное общение. **Эмоционально лабильные** и **тревожные** личности отличаются **художественным, наглядно-образным** типом восприятия, склонностью к опоре на цельно-чувственные образы, что в профессиональном плане способствует формированию тяги к таким видам деятельности, где человек оказывается эмоционально вовлеченным

в контакты с окружением, может перевоплощаться в разные социальные роли и быть в центре внимания окружающих, а также проявлять свои художественные наклонности. **Спонтанные** личности при той же целостности восприятия при постижении новой информации больше ориентированы на собственную интуицию. Их знание или понимание проблемы может опережать опыт. В процессе принятия решений они руководствуются догадкой, предвосхищением и способны на основании минимальной информации выстроить целое, пренебрегая детальной проработкой изучаемого материала. Их профессиональная деятельность лежит преимущественно в сфере предпринимательства, администрирования.

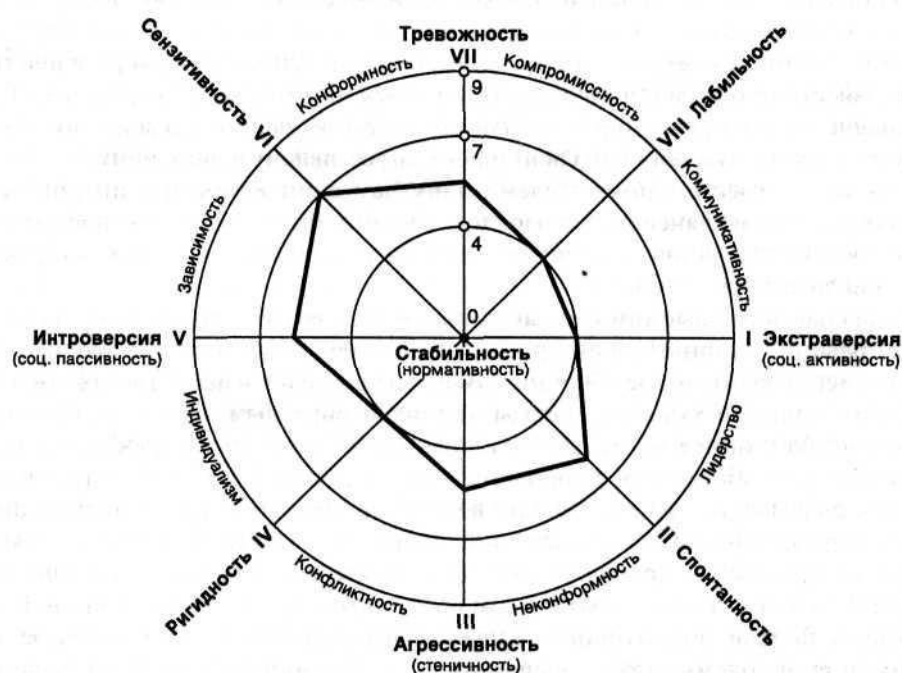
**Спонтанно-стеничные** личности больше ориентированы на двигательную активность (спортивная деятельность, путешествия, военная служба, профессии, связанные с повышенными физическими нагрузками).

**Тревожный тип** чаще встречается среди воспитателей, учителей и представителей других профессий, требующих самоотречения. Это и личности, нуждающиеся в особой, щадящей социальной нише (священнослужители, миссионеры, общественные деятели, борцы за воплощение в жизнь гуманных идей).

**Социально пассивные интроверты** в большинстве своем демонстрируют левополушарный когнитивный стиль. При этом лица, типологически относимые к сензитивным и тревожным (конформным и зависимым) личностям, больше ориентированы на вербальный стиль освоения материала (через словесную информацию). Отсюда выбор таких профессий, как преподавание, наука, канцелярская, библиотечная работа, филология и прочие гуманитарные виды деятельности.

**Социально пассивные индивидуалисты и ригидные** личности обладают преимущественно **системным, синтетическим, прагматичным** стилем мышления.

Сбалансированность и умеренная степень выраженности разных типологических свойств отражает стабильность и уравновешенность гармоничной личности. При дезадаптации эти тенденции усиливаются и заостряются в зависимости от predispositions.



**Рис. 4.** Пример изображения индивидуально-типологического портрета при следующих количественных показателях: ложь — 2 балла, аггравация — 3, экстраверсия — 4, спонтанность — 6, агрессивность — 5, ригидность — 4, интроверсия — 6, сензитивность — 7, тревожность — 5, лабильность — 4 балла.

Признак **инфантилизма** у взрослых людей — высокие баллы по шкале экстраверсии в сочетании с выраженной спонтанностью или лабильностью.

Высокие баллы (6—7) по шкалам интроверсии и ригидности проявляются по типу недоверчивой и замкнутой акцентуации личности, по шкалам интроверсии и спонтанности — экспансивно-шизоидной акцентуации, по шкалам спонтанности и агрессивности — неконформно-импульсивной акцентуации, по шкалам агрессивности и ригидности — эксплозивно-паранойяльной акцентуации.

Максимальные баллы (8—9) выявляют дезадаптивные (**психопатические**) черты соответствующего паттерна. Если при акцентуации личностных черт в социально значимой ситуации индивид способен контролировать свое поведение и высказывания, то психопатическая личность не склонна усваивать нажитой опыт и — по типу клише — каждый раз демонстрирует дезадаптивные паттерны поведения. Для **истерической психопатии** характерны высокие показатели одновременно по двум полярным шкалам — лабильности и ригидности; для неврастенического варианта личности — сочетание высокой сензитивности со столь же высокой спонтанностью. **Психосоматическая предрасположенность** характеризуется повышенными показателями ортогональных (полярных по значению) типологических свойств. Формируя психологическую компенсированность одного полярного признака другим, такой паттерн обрисовывает конфликтную разнонаправленность тенденций, которая создает почву для перевода социально-психологических проблем в соматические расстройства.

Сравнительный анализ данных лиц практической нормы и больных с пограничными состояниями обнаружил **связь типа дезадаптации с индивидуально-личностными особенностями, выявленными как базисные свойства**. Наряду с этим была обнаружена зависимость между определенной избирательностью к психогенным факторам и эмоционально динамическим паттерном (см. гл. VI). Моделью усиления индивидуально-личностных тенденций может служить исследование психо-генно обусловленных реакций и пограничных нервно-психических расстройств. Изучение репрезентативной группы больных с пограничными психическими расстройствами (неврозы, невротические реакции, невротические и патохарактерологические развития личности, психопатии) показало следующее.

У больных неврозами с наличием в клинической картине заболевания **ипохондрической симптоматики** было выявлено преобладание тормозимых черт: тревожности, сензитивности, интровертированности ( $r = +0,84$ ).

У больных, отличавшихся выраженной **эмоциональной неустойчивостью**, с истероидными проявлениями и склонностью к фиксированным страхам, отмечалось значительное преобладание показателя лабильности на фоне повышенной тревожности.

Преобладание в структуре клинической картины **астено-депрессивных** невротических расстройств оказалось достоверно связано с гипостеническим типом реагирования, признаками преобладания показателей интроверсии, сензитивности по данным ИТО. При навязчивых страхах у больных была выявлена достоверная связь ( $r = +0,88$ ) с равновысокими показателями тревожности и эмоциональной лабильности при смешанном типе реагирования.

У больных с преобладанием в клинической картине **истерических проявлений** выявлена достоверная связь ( $r = +0,73$ ) между показателями эмоциональной лабильности и ригидности. При патохарактерологическом развитии личности наряду с сензитивностью и тревожностью были выявлены признаки гомономного (стенического) типа реагирования (ригидность, спонтанность, агрессивность).

При **алкоголизме** следует обращать внимание на признаки эмоциональной незрелости (высокие баллы по экстраверсии и спонтанности), а также на заострение черт гипертимного круга (высокие баллы по агрессивности, ригидности), иногда отмечается нарастание интроверсии, изредка — лабильности.

Изменения личности **при шизофрении** весьма разнообразны и зависят от формы, течения и длительности заболевания. Естественно, неврозоподобные проявления отражаются преобладанием показателей тревожных, сензитивных и интровертных индивидуально-типологических свойств. При психопатоподобной форме отмечается соответственное усиление гипертимных типологических характеристик. Однако в силу плохого самопонимания и снижения критичности

(особенно при изменениях в интеллектуальной сфере) самооценка больных неадекватна, что следует иметь в виду при анализе результатов исследования.

При изучении **посттравматических стрессовых** состояний следует исходить из той предпосылки, что реакция каждого конкретного человека произрастает из его индивидуально-типологических особенностей и не носит сколько-нибудь специфического характера. Зная типологическую принадлежность конкретного человека, можно своевременно принять профилактические меры и индивидуализировать пути коррекции нарастающей эмоциональной напряженности.

### **Диагностика межличностных отношений Т. Лири (ДМО)**

Методика создана Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком в 1954 году и предназначена для исследования представлений субъекта о себе и идеальном «Я», а также для изучения взаимоотношений в малых группах. С помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке.

При исследовании межличностных отношений наиболее часто выделяются два фактора: доминирование-подчинение и дружелюбие - агрессивность. Именно эти факторы определяют общее впечатление о человеке в процессах межличностного восприятия. Они названы М. Аргайлом в числе главных компонентов при анализе стиля межличностного поведения и по содержанию могут быть соотнесены с двумя из трех главных осей семантического дифференциала Ч. Осгуда: оценка и сила. В многолетнем исследовании, проводимом американскими психологами под руководством Б.Бейлза, поведение члена группы оценивается по двум переменным, анализ которых осуществляется в трехмерном пространстве, образованном тремя осями: доминирование - подчинение, дружелюбие-агрессивность, эмоциональность-аналитичность.

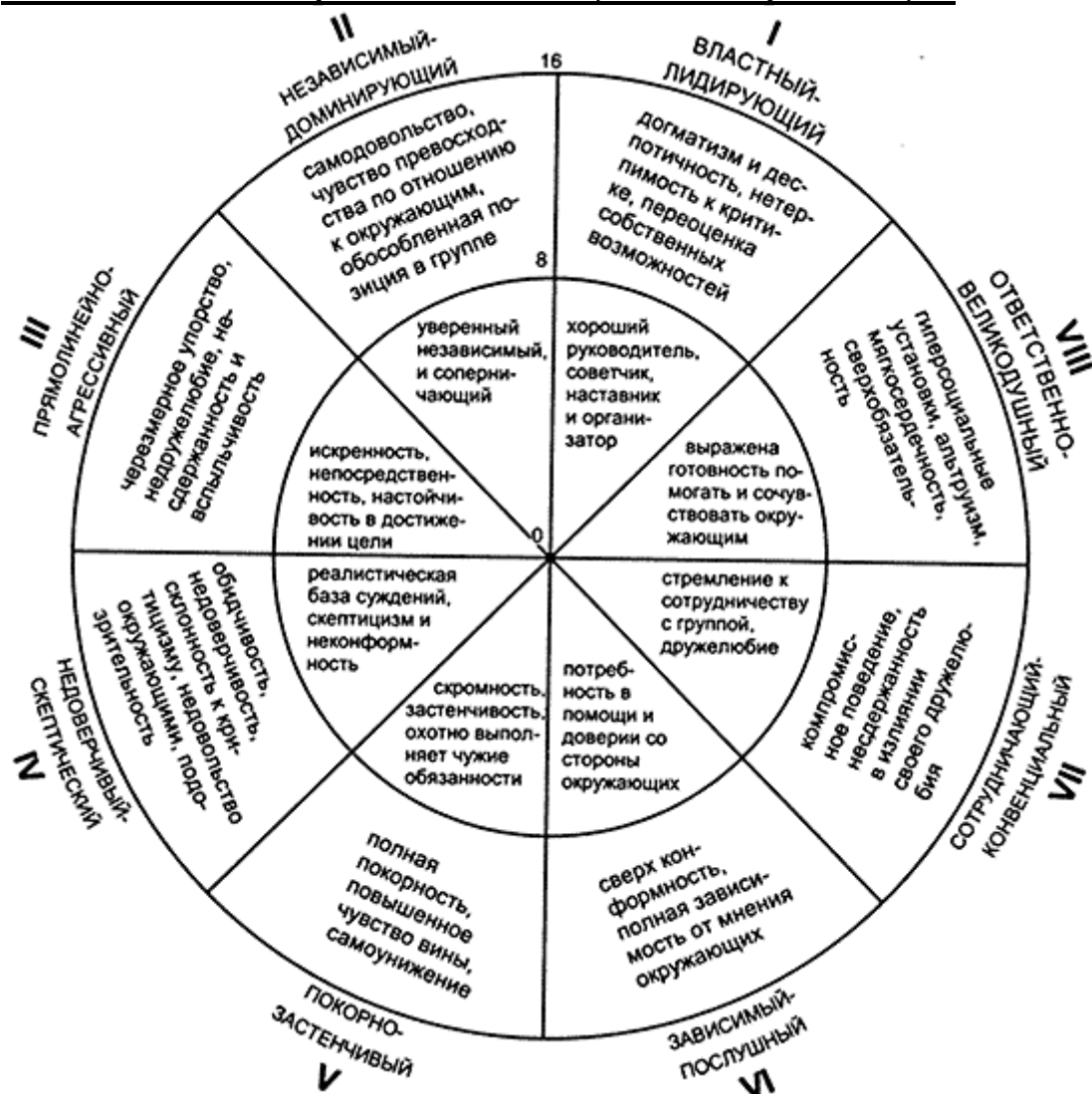
Для представления основных социальных ориентаций Т. Лири разработал условную схему в виде круга, разделенного на секторы. В этом круге по горизонтальной и вертикальной осям обозначены четыре ориентации: доминирование-подчинение, дружелюбие-враждебность. В свою очередь, эти секторы разделены на восемь – соответственно более частным отношениям. Для еще более тонкого описания круг делят на 16 секторов, но чаще используются октанты, определенным образом ориентированные относительно двух главных осей.

Схема Т. Лири основана на предположении, что чем ближе оказываются результаты испытуемого к центру окружности, тем сильнее взаимосвязь этих двух переменных. Сумма баллов каждой ориентации переводится в индекс, где доминируют вертикальная



(доминирование - подчинение) и горизонтальная (дружелюбие-враждебность) оси.

Рис. 1. Схема Т. Лири. Основные социальные ориентации



Расстояние полученных показателей от центра окружности указывает на адаптивность или экстремальность интерперсонального поведения.

Опросник содержит 128 оценочных суждений, из которых в каждом из восьми типов отношений образуются 16 пунктов, упорядоченных по восходящей интенсивности. Методика построена так, что суждения, направленные на выяснение какого-либо типа отношений, расположены не подряд, а особым образом: они группируются по четыре суждения и повторяются через равное количество определений. При обработке подсчитывается количество отношений каждого типа.

Т. Лири предлагал использовать методику для оценки наблюдаемого поведения опекунов и попечителей, поведения в оценке окружающих («со стороны»), для самооценки, оценки близких людей, для описания идеального

«Я». В соответствии с этими уровнями диагностики меняется инструкция для ответа.

**Инструкция:** Перед Вами опросник, содержащий различные характеристики. Следует внимательно прочесть каждую характеристику и подумать, соответствует ли она вашему представлению о себе. Если «Да», то в регистрационном бланке перечеркните крестом соответствующую порядковому номеру характеристики цифру. Если «Нет», то не делайте никаких пометок в регистрационном бланке. Постарайтесь проявить максимальную внимательность и откровенность, чтобы избежать повторного обследования.

*Примечание:* Методика может быть использована для оценки наблюдаемого поведения (то есть поведения в оценке окружающих («взгляд со стороны»)). Тогда инструкция будет выглядеть таким образом:

### **Опросник**

#### **I**

1. Другие думают о нем благосклонно.
2. Производит впечатление на окружающих.
3. Умеет распоряжаться, приказывать.
4. Умеет настоять на своем.

#### **II**

5. Обладает чувством собственного достоинства.
6. Независимый.
7. Способен сам позаботиться о себе.
8. Может проявить безразличие.

#### **III**

9. Способен быть суровым.
10. Строгий, но справедливый.
11. Может быть искренним.

12. Критичен к другим.

#### IV

13. Любит поплакаться.

14. Часто печален.

15. Способен проявить недоверие.

16. Часто разочаровывается.

#### V

17. Способен быть критичным к себе.

18. Способен признать свою неправоту.

19. Охотно подчиняется.

20. Уступчивый.

#### VI

21. Благородный.

22. Восхищающийся и склонный к подражанию.

23. Уважительный.

24. Ищущий одобрения.

#### VII

25. Способный к сотрудничеству.

26. Стремиться ужиться с другими.

27. Дружелюбный, доброжелательный.

28. Внимательный и ласковый.

#### VIII

29. Деликатный.

30. Одобряющий.

31. Отзывчивый к призывам о помощи.

32. Бескорыстный.

## I

33. Способен вызывать восхищение.

34. Пользуется уважением у других.

35. Обладает талантом руководителя.

36. Любит ответственность.

## II

37. Уверен в себе.

38. Самоуверен и напорист.

39. Деловит и практичен.

40. Любит соревноваться.

## III

41. Строгий и крутой, где надо.

42. Неумолимый, но беспристрастный.

43. Раздражительный.

44. Открытый и прямолинейный.

## IV

45. Не терпит, чтобы им командовали.

46. Скептичен.

47. На него трудно произвести впечатление.

48. Обидчивый, щепетильный.

## V

49. Легко смущается.

50. Неуверен в себе.

51. Уступчивый.

52. Скромный.

## VI

53. Часто прибегает к помощи других.

54. Очень почитает авторитеты.

55. Охотно принимает советы.

56. Доверчив и стремится радовать других.

## VII

57. Всегда любезен в обхождении.

58. Дорожит мнением окружающих.

59. Общительный и уживчивый.

60. Добросердечный.

## VIII

61. Добрый, вселяющий уверенность.

62. Нежный и мягкосердечный.

63. Любит заботиться о других.

64. Бескорыстный, щедрый.

## I

65. Любит давать советы.

66. Производит впечатление значимости.

67. Начальственно–повелительный.

68. Властный.

## II

69. Хвастливый.

70. Надменный и самодовольный.

71. Думает только о себе.

72. Хитрый и расчетливый.

### III

73. Нетерпим к ошибкам других.

74. Своекорыстный.

75. Откровенный.

76. Часто недружелюбен.

### IV

77. Озлобленный.

78. Жалобщик.

79. Ревнивый.

80. Долго помнит обиды.

### V

81. Склонный к самобичеванию.

82. Застенчивый.

83. Безынициативный.

84. Кроткий.

### VI

85. Зависимый, несамостоятельный.

86. Любит подчиняться.

87. Предоставляет другим принимать решения.

88. Легко попадает впросак.

## VII

- 89. Легко попадает под влияние друзей.
- 90. Готов довериться любому.
- 91. Благорасположен ко всем без разбору.
- 92. Всем симпатизирует.

## VIII

- 93. Прощает все.
- 94. Переполнен чрезмерным сочувствием.
- 95. Великодушен и терпим к недостаткам.
- 96. Стремится покровительствовать.

## I

- 97. Стремится к успеху.
- 98. Ожидает восхищения от каждого.
- 99. Распоряжается другими.
- 100. Деспотичный.

## II

- 101. Сноб (судит о людях по рангу и достатку, а не по личным качествам).
- 102. Тщеславный.
- 103. Эгоистичный.
- 104. Холодный, черствый.

## III

- 105. Язвительный, насмешливый.
- 106. Злобный, жестокий.

107. Часто гневливый.

108. Бесчувственный, равнодушный.

#### IV

109. Злопамятный.

110. Проникнут духом противоречия.

111. Упрямый.

112. Недоверчивый и подозрительный.

#### V

113. Робкий.

114. Стыдливый.

115. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться.

116. Мягкотелый.

#### VI

117. Почти никогда никому не возражает.

118. Ненавязчивый.

119. Любит, чтобы его опекали.

120. Чрезмерно доверчив.

#### VII

121. Стремится снискать расположение каждого.

122. Со всеми соглашается.

123. Всегда дружелюбен.

124. Всех любит.

#### VIII

125. Слишком снисходителен к окружающим.



126. Стараются утешить каждого.

127. Заботится о других в ущерб себе.

128. Портит людей чрезмерной добротой.

### **Регистрационный бланк**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128
<b>I</b>				<b>II</b>				<b>III</b>				<b>IV</b>			
<b>V</b>				<b>VI</b>				<b>VII</b>				<b>VIII</b>			

### **Обработка результатов**

Производится подсчет баллов по каждой октанте с помощью нижеприведенного ключа к опроснику. За каждый ответ «Да» (то есть вычеркнутый в регистрационном бланке) прибавляется 1 балл.

### **Ключ**

I октанта – 1, 2, 3, 4, 33, 34, 35, 36, 65, 66, 67, 68, 97, 98, 99, 100.

II октанта – 5, 6, 7, 8, 37, 38, 39, 40, 69, 70, 71, 72, 101, 102, 103, 104.

III октанта – 9, 10, 11, 12, 41, 42, 43, 44, 73, 74, 75, 76, 105, 106, 107, 108.

IV октанта - 13, 14, 15, 16, 45, 46, 47, 48, 77, 78, 79, 80, 109, 110, 111, 112.

V октанта – 17, 18, 19, 20, 49, 50, 51, 52, 81, 82, 83, 84, 113, 114, 115, 116.

VI октанта – 21, 22, 23, 24, 53, 54, 55, 56, 85, 86, 87, 88, 117, 118, 119, 120.

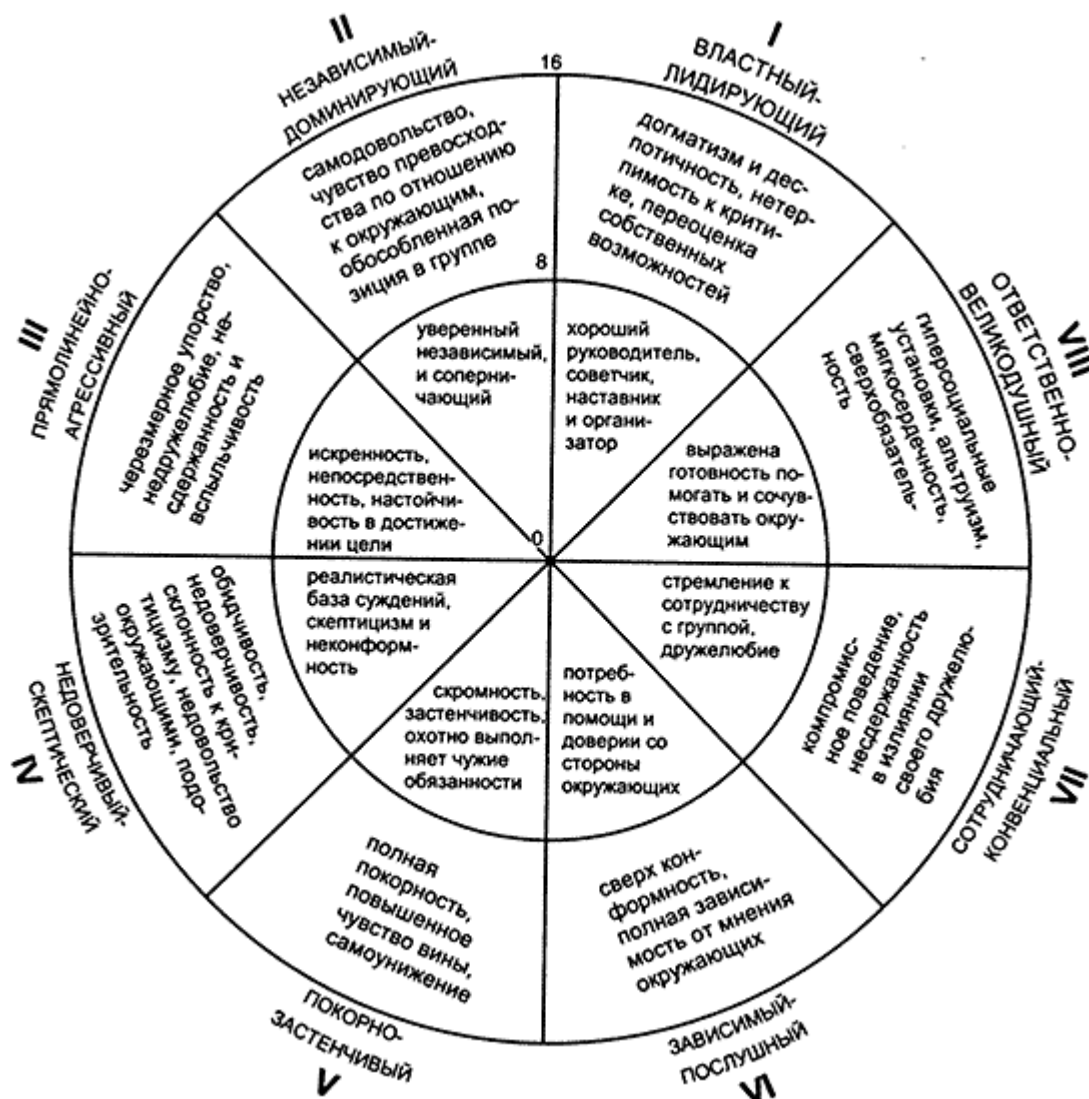
VII октанта – 25, 26, 27, 28, 57, 58, 59, 60, 89, 90, 91, 92, 121, 122, 123, 124.

VIII октанта – 29, 30, 31, 32, 61, 62, 63, 64, 93, 94, 95, 96, 125, 126, 127, 128.

Полученные баллы переносятся на дискограмму, при этом расстояние от центра круга соответствует числу баллов по данной октанте (от 0 до 16). Концы векторов соединяются и образуют личностный профиль.

По формулам определяются показатели по основным факторам: «доминирование» и «дружелюбие».

Доминирование =  $(I - V) + 0,7 \times (VIII + II - IV - VI)$



Векторы:

V-Доминирование  $V = I - V + 0.7(II + VIII - VI - IV)$

G – Доброжелательности  $G = VII - III + 0.7(VIII + VI - IV - II)$

Дружелюбие =  $(VII - III) + 0,7 \times (VIII - II - IV + VI)$

Качественный анализ полученных данных проводится путем сравнения дискограмм, демонстрирующих различие между представлениями разных людей.

### **Интерпретация**

Максимальная оценка уровня – 16 баллов, но она разделена на 4 степени выраженности отношения:

0 – 4 балла – низкая 5 – 8 баллов – умеренная	адаптивное поведение
9 – 12 баллов – высокая 13 – 16 баллов – экстремальная	экстремальное поведение до патологии

### **Типы отношения к окружающим**

#### **I. Авторитарный**

**13-16** – диктаторский, властный, деспотический характер, тип сильной личности, которая лидирует во всех видах групповой деятельности. Всех наставляет, поучает, во всем стремится полагаться на свое мнение, не умеет принимать советы других. Окружающие отмечают эту властность, но признают ее.

**9-12** – доминантный, энергичный, компетентный, авторитетный лидер, успешный в делах, любит давать советы, требует к себе уважения.

**0-8** – уверенный в себе человек, но необязательно лидер, упорный и настойчивый.

#### **II. Эгоистичный**

**13-16** – стремится быть над всеми, но одновременно в стороне от всех, самовлюбленный, расчетливый, независимый, себялюбивый. Трудности перекладывает на окружающих, но сам относится к ним несколько отчужденно, хвастливый, самодовольный, заносчивый.

**0-12** – эгоистические черты, ориентация на себя, склонность к соперничеству.

#### **III. Агрессивный**

**13-16** – жесткий и враждебный по отношению к окружающим, резкий, жесткий, агрессивность может доходить до асоциального поведения.

**9-12** – требовательный, прямолинейный, откровенный, строгий и резкий в оценке других, непримиримый, склонный во всем обвинять окружающих, насмешливый, ироничный, раздражительный.

**0-8** – упрямый, упорный, настойчивый и энергичный.

#### IV. Подозрительный

**13-16** – отчужденный по отношению к враждебному и злобному миру, подозрительный, обидчивый, склонный к сомнениям во всем, злопамятный, постоянно жалуется на всех (шизоидный тип характера).

**9-12** – критичный, необщительный, испытывает трудности в интерперсональных контактах из-за подозрительности и боязни плохого отношения, замкнутый, скептический, разочарованный в людях, скрытный, свой негативизм проявляет в вербальной агрессии.

**0-8** – критичный по отношению ко всем социальным явлениям и окружающим людям.

#### V. Подчиняемый

**13-16** – покорный, склонный к самоуничижению, слабовольный, склонен уступать всем и во всем, всегда ставит себя на последнее место и осуждает себя, приписывает себе вину, пассивный, стремится найти опору в ком-либо более сильном.

**9-12** – застенчивый, кроткий, легко смущается, склонен подчиняться более сильному без учета ситуации.

**0-8** – скромный, робкий, уступчивый, эмоционально сдержанный, способный подчиняться, не имеет собственного мнения, послушно и честно выполняет свои обязанности.

#### VI. Зависимый

**13-16** – неуверенный в себе, имеет навязчивые страхи, опасения, тревожится по любому поводу, поэтому зависим от других, от чужого мнения.

**9-12** – послушный, боязливый, беспомощный, не умеет проявить сопротивления, искренне считает, что другие всегда правы.

**0-8** – конформный, мягкий, ожидает помощи и советов, доверчивый, склонный к восхищению окружающими, вежливый.

#### VII. Дружелюбный

**9-16** – дружелюбный и любезный со всеми, ориентирован на социальное одобрение, стремится удовлетворить требования всех, быть хорошим для всех без учета ситуации, имеет развитые механизмы вытеснения и подавления, эмоционально лабильный (истероидный тип характера).

**0-8** – склонный к сотрудничеству, кооперации, гибкий и компромиссный при решении проблем и в конфликтных ситуациях, стремится быть в согласии с мнением окружающих, сознательно конформный, следует условностям, правилам и принципам хорошего тона в отношениях с людьми, инициативный энтузиаст в достижении целей группы, стремится помогать, чувствовать себя в центре внимания, заслужить признание и любовь, общительный, проявляет теплоту и дружелюбие в отношениях.

### VIII. Альтруистический

**9-16** – гиперответственный, всегда приносит в жертву свои интересы, стремится помочь и сострадать всем, навязчивый в своей помощи и слишком активный по отношению к окружающим, неадекватно принимает на себя ответственность за других (может быть только внешняя маска, скрывающая личность противоположного типа).

**0-8** – ответственный по отношению к людям, деликатный, мягкий, добрый, эмоциональное отношение к людям проявляет в сострадании, симпатии, заботе, ласке, умеет подбодрить и успокоить окружающих, бескорыстный и отзывчивый.

Расстояние полученных показателей от центра окружности указывает на адаптивность или экстремальность интерперсонального поведения.

Опросник содержит 128 оценочных суждений, из которых в каждом из восьми типов отношений образуются 16 пунктов, упорядоченных по восходящей интенсивности. Методика построена так, что суждения, направленные на выяснение какого-либо типа отношений, расположены не подряд, а особым образом: они группируются по четыре суждения и повторяются через равное количество определений. При обработке подсчитывается количество отношений каждого типа.

Т. Лири предлагал использовать методику для оценки наблюдаемого поведения опекунов и попечителей, поведения в оценке окружающих («со стороны»), для самооценки, оценки близких людей, для описания идеального «Я». В соответствии с этими уровнями диагностики меняется инструкция для ответа.

### **3.5. Программы коррекции эмоционально-информационных связей между опекуном и подопечным.**

Современные социальные психологи говорят о необходимости уделять больше внимания именно тем сторонам общения, которые связаны с характеристикой рефлексии и отношений, складывающихся в ходе взаимодействия и взаимовлияния людей друг на друга (перцептивная сторона). Д. Майерс всю социальную психологию рассматривает как психологию общения: «как люди думают друг о друге, как они влияют друг на друга и как относятся друг к другу».

Элементарным условием общения является наличие индивидов, которые оказываются в состоянии наладить между собой какой-то контакт. Каждый из них может быть объектом или субъектом общения. Человек может одновременно выступать и в той, и в другой роли, в таком случае фиксируются не личностные качества индивида и не характер его отношения к партнеру, а различие срезов в общении с точки зрения наблюдателя и исследователя этого процесса.

Как субъект опекун ежедневно познает подопечного и при этом сам является объектом познания для него.

Чтобы общение между опекуном и опекаемым стало возможным, необходимы определенные средства, с помощью которых налаживается и поддерживается связь. Особая роль принадлежит речи, которой присущи содержательность и богатство языковых средств, культура и выразительность. Но всё общение не может сводиться к деятельности (в том числе речевой), речь — всего лишь инструмент или средство человеческого общения, хотя и очень значимый в виде устного и печатного слова. Это вербальное средство общения.

Общение можно рассматривать на разных уровнях. Составляющие уровней общения:

- ☐ способность выражать свои мысли;
- ☐ личностный подход к самому процессу общения (что важно для человека в общении);
- ☐ темп речи;
- ☐ чувство юмора.

Весьма важны при взаимодействии с подопечным и невербальные средства общения: мимика, выражение глаз, пантомимика (поза, жесты, движения, походка), манера держаться, дистанция между общающимися. Особенно выразительна человеческая мимика.

Любая форма вербальной связи содержит элемент эмоционального значения (подтекст и т.п.). В условиях непосредственного контакта огромное значение приобретает невербальное сопровождение информации (например, психосоматические движения). Язык всегда взаимодействует с неязыковыми средствами общения: с экспрессивными реакциями, семантикой поведения (смысл и значение поступков) в процессе совместной деятельности.

#### Функции коммуникации:

□ обмен информацией в предельно широком смысле. В человеке информативно всё – от содержания речи до позы, жеста, мимики и звучания голоса. Но информацией для другого это становится тогда, когда он готов к ее восприятию и адекватной интерпретации;

□ глубинная психологическая связь – передача элементов уникальности личности, психических состояний общающихся. К.С. Станиславский отмечал: «Для того чтобы общаться, надо иметь то, чем можно общаться, то есть прежде всего свои собственные переживания, чувства и мысли»;

□ общение не просто информационное, а энергоинформационное поле. Основным механизмом энергоинформационного или эмоционально-энергетического обмена партнеров в процессе коммуникации является психическое заражение (творческое, например: дирижер с оркестром и со зрителем).

#### Структура информационной связи.

Общение жизненно необходимо и представляет собой важный компонент ухода. Поскольку люди с дефицитом самообслуживания становятся очень восприимчивыми в эмоциональном отношении, нельзя недооценивать влияние проблем коммуникации на подопечного. Необходимо максимально учитывать состояние подопечного и его желания. Улыбка или проявление нежности часто могут изменить настроение больного. Не следует высказываться при опекаемом гражданине о его возможной инвалидности и т.п.

Подопечный со спутанным состоянием сознания нуждается в упорядоченном образе жизни, повторяющемся изо дня в день.

Необходимо помнить, что подопечному с нарушенной способностью к рассуждению необходимо внешнее руководство при принятии важных решений. Иногда у него возникает апатия, которая может усиливаться в случае, когда в окружении всё слишком просто и тихо. При возникновении таких странностей поведения необходимо выяснить их причину и стремиться к тому, чтобы учитывать ее влияние.

Необходимо всегда относиться к подопечному с сочувствием, терпимо

и вежливо, наблюдать за его поведением и изменениями в нем. При общении необходимо говорить медленно и четко (не кричать), используя жесты (например, здороваясь, протягивать руку), употреблять простые и четкие фразы (например, «мы идем гулять», при этом доставать одежду, указывать на дверь и т.д.; или «обед через 30 минут», при этом посмотреть на часы или указать рукой на кухню – подкрепление жестами).

Необходимо обладать информацией о всех любимых занятиях подопечного и предлагать ими заняться (например, настольные игры, просмотр любимых фильмов, прослушивание музыки, чтение книг, если у человека нет нарушения чтения).

Обязательно необходимо ориентироваться в пространстве (комнате или квартире), где проживает подопечный. В помещении не должно быть много предметов, хранить следует те вещи, которые могут быть необходимы подопечному (вода, расческа, зеркало, тапочки и др.).

Ориентируйтесь по жестам подопечных, по ним многое можно понять. Проявления эмоций типа – «Я не понимаю, что он или она хочет?»

– недопустимы. Обращайте внимание на мимику (невербальное общение можно установить всегда).

Чаще разговаривайте, никогда не оставляйте человека без внимания, чтобы он не чувствовал себя брошенным. Помните, даже в минуты сильного раздражения – это человек, который зависит от вас. У него наступил непростой период в жизни – это болезнь или старость сделала его таким. Всегда старайтесь помнить о предпочтениях подопечного в еде и режиме. Старайтесь задавать вопросы так, чтобы на них можно было ответить «да» или «нет», предоставляя возможность подопечному отреагировать на вопрос. Не навязывайтесь, но и не игнорируйте позывы, исходящие от подопечного. Помните о резких сменах настроения, плаксивости, депрессии, а иногда и агрессии.

Никогда не критикуйте подопечного – это не поможет, и не говорите ему: «Не падай духом», лучше скажите: «Я с тобой». Относитесь к нему с сочувствием, терпением и вежливостью.

Рекомендации опекуну при общении с недееспособным (ограниченно дееспособным) гражданином:

- ☐ говорите медленно и четко;
- ☐ используйте жесты;
- ☐ говорите простыми и четкими фразами;
- ☐ вспоминайте все любимые занятия опекаемого;



- ☐ ориентируйтесь по жестам опекаемого;
- ☐ обращайтесь внимание на мимику опекаемого;
- ☐ проявляйте интерес, внимание, терпение, вежливость и уважение;
- ☐ не притворяйтесь, не навязывайтесь, но и не игнорируйте опекаемого;
- ☐ задавайте вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет»;
- ☐ давайте время на ответ, не критикуйте;
- ☐ наблюдайте за опекаемым, ведите документацию.

Членам семьи, оформившим опеку над недееспособным гражданином, необходимо знать, что:

- ☐ подопечные, страдающие психическими расстройствами, обычно нуждаются в длительном лечении;
- ☐ в процессе лечения практически неизбежны временные обострения состояния и рецидивы;
- ☐ существует определенный объем возможностей подопечного в плане выполнения домашних дел, работы или общения с другими людьми, который не следует превышать;
- ☐ нежелательно требовать, чтобы опекаемый, только что выписавшийся из больницы, сразу приступал к работе или учебе;
- ☐ чрезмерная опека с занижением требований к душевнобольному только вредит;
- ☐ многие больные даже при длительном течении заболевания в состоянии поддерживать себя в чистоте, быть вежливыми и участвовать в семейных делах;
- ☐ душевнобольным трудно переносить ситуации, когда на них кричат или требуют от них сделать то, на что они не способны.

Действие опекунов при агрессивном поведении со стороны подопечного:

- ☐ старайтесь сохранять спокойствие, не проявляйте собственного страха или беспокойства;
- ☐ всеми возможными методами следует избегать ответной агрессивности; обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию подопечного;
- ☐ не следует находиться к подопечному слишком близко, он может воспринять это как угрозу;

☐ постарайтесь переключить внимание подопечного на более спокойное занятие;

☐ постарайтесь определить, что вызвало такую реакцию подопечного, и проследите за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись;

☐ если агрессивное поведение опекаемого часто повторяется, необходимо обратиться за помощью к специалисту.

### **Программы коррекции эмоционально-личностной сферы опекунов и попечителей для восстановления информационной связи с опекаемым.**

Цель содействие процессу эмоционально-личностного развития, улучшение субъективного самочувствия, укрепление психического

доровья, формирование навыков самоопределения, саморегуляции для успешной коммуникации опекуна и опекаемого гражданина.

Задачи:

1. Учить применять методы аутотренинга, дыхательной гимнастики, мышечной релаксации, медитации для снятия психоэмоционального напряжения.

2. Способствовать формированию необходимых волевых качеств и способности к волевому регулированию поведения на основе сознательных побуждений.

3. Мотивировать на формирование первичных навыков самоанализа.

4. Дать понятие об эмоционально-личностной сфере.

В занятиях используются следующие методы:

☐ релаксационные методы:

— дыхательные,

— аутотренинг,

— телесно ориентированные,

— арт-терапевтические;

☐ арт-терапевтический метод;

☐ игровые методы.

### Содержание занятий:

- визуализация эмоционального состояния на начало занятия;
- научиться справляться с мышечным напряжением;
- сформировать в мозгу мышечную память на состояние расслабления;
- визуализация эмоциональных состояний.

### Упражнение «Настроение» (взято из системы Н. Роджерса).

Инструкция: взять чистый лист бумаги и цветные карандаши, расслабленно левой рукой нарисовать абстрактный сюжет: линии, цветовые пятна, фигуры. Важно при этом полностью погрузиться в свои переживания, выбрать цвет и провести линии так, как вам больше хочется, в полном соответствии с вашим настроением. Попробовать представить, что вы переносите: грустное настроение, как вы материализуете его. Закончив рисунок, переверните бумагу и на другой стороне листа напишите 5–7 слов, отражающих ваше настроение. Долго не думайте, необходимо, чтобы слова возникали без специального контроля с вашей стороны. После этого еще раз посмотрите на свой рисунок, как бы заново переживая свое состояние, перечитайте слова и с удовольствием эмоционально разорвите листок, выбросите в урну. Всего пять минут, а ваше эмоциональное неприятное состояние уже исчезло. Оно перешло в рисунок и было уничтожено вами.

### Упражнение «Расслабление через напряжение».

Цель: научиться справляться с мышечным напряжением; более того, опекун должен сформировать у себя в мозге мышечную память на состояние расслабления.

Проведение упражнения: сначала следует разучить то положение тела, в котором можно добиться напряжения всех его мышц. Поэтому сначала необходимо проделать каждое из заданий по отдельности, а затем научиться соединять их вместе.

□ Напряжение мышц кисти – с силой сожмите пальцы в кулак.

Напряжение мышц предплечья – до максимума согните кисти в лучезапястном суставе.

□ Напряжение мышц плеча и надплечий – разведите руки в стороны на уровне плеч и согните их в локтях (два локтя и плечи должны располагаться на одном уровне и образовывать своеобразный кол, жесткую палку).

□ Напряжение мышц лопаток – сведите лопатки вместе и из этого положения потяните книзу, прогнувшись в пояснице.

□ Напряжение мышц лица – нахмурьте брови, зажмурьте глаза (словно мыло в них попало) и сведите их к переносице, наморщите нос (словно бы почувствовали неприятный запах), сожмите челюсти и разведите углы рта в стороны.

□ Напряжение мышц шеи – представьте себе, что вы наклоняете голову вперед, но не можете это сделать, поскольку упираетесь в воображаемое непреодолимое препятствие: шея напряжена, а голова в положении ни вперед, ни назад.

□ Напряжение мышц пресса – максимально втяните живот, сделайте его плоским.

□ Напряжение мышц ягодиц – сядьте на жесткую поверхность, почувствуйте, что сидите на ягодицах (для уверенности покачайтесь на них из стороны в сторону).

□ Напряжение мышц промежности – одновременно с напряжением мышц брюшного пресса и ягодиц втяните промежность в себя.

□ Напряжение мышц бедра – из положения сидя вытяните ноги вперед под прямым углом.

□ Напряжение мышц голени – подайте стопы на себя и чуть-чуть к центру (изобразите косолапость).

□ Напряжение мышц стопы – согните пальцы стоп.

При общении родственников, опекунов и попечителей с недееспособным опекаемым необходимо разобраться с переполняющими их чувствами – виной, стыдом, беспомощностью, отчаянием и агрессией, неизбежно возникающими в связи с психическим заболеванием близкого человека. Иногда эти чувства даже плохо осознаются самим человеком, испытывающим их, но, несмотря на это, они оказывают огромное влияние на его поступки и жизнь в целом.

Поэтому первым важным шагом будет признать существование этих чувств. В дальнейшем это поможет понять, что хотя обвинение в случившемся себя или других может длиться годами, но оно не способно исправить происходящее, а только ведет к взаимным обидам, отдалению и ухудшению в семейных отношениях. Точно также и попытки взвалить на себя все заботы, максимально контролируя жизнь болеющего члена семьи и делая всё за него, в итоге приводят их лишь к истощению и усталости,

а зачастую еще и к нежелательному результату – закрепляют пассивную позицию больного, и он перестает развиваться даже там, где мог бы.

Поэтому очень важно, чтобы все члены семьи осознавали границы своей ответственности, отчетливо понимая, что они могут сделать, а в чем их возможности ограничены. Этим они могут очень помочь себе – не тратить понапрасну свои душевные и физические силы, а подопечному – создать условия для развития его активности, его «здоровых» частей личности, ведь человек не бывает абсолютно болен.

Важно также понимать, что психическое заболевание близкого естественным образом вызывает у родственников множество агрессивных чувств и что их чрезмерное выражение не полезно для больного. Однако и чрезмерное подавление родственниками своей злости и раздражения (вплоть до того, что их существование просто отрицается) создает значительные проблемы, прежде всего у них самих, причем не только психологического, но и физического характера, способствуя обострению имеющихся хронических недугов и формированию психосоматических заболеваний.

Кроме того, подавленная агрессия всё равно проявляется во взаимоотношениях, но только не прямо, а косвенно: в упреках, придирках, взаимных недовольствах по всевозможным поводам, которые обычно очень отдаленно связаны с истинными причинами агрессивных чувств.

Если в семье существует жесткий запрет на выражение агрессии (иногда из-за бытующего представления о том, что злиться – это очень плохо), то кто-то из членов семьи может начать вести себя агрессивно, играя роль семейного «громоотвода». Зачастую им оказывается больной, состояние которого в этом случае обычно ухудшается.

Можно заметить, что агрессивные чувства содержат в себе много разрушительной энергии и их подавление также требует от человека больших усилий. Поэтому, чтобы не портились отношения в семье и оставались необходимые для жизни силы, важно разобраться в собственных агрессивных чувствах: с одной стороны, научиться сдерживать слишком сильные эмоции, которые трудно переносятся больными, а с другой – понять, что агрессия свойственна всем людям, а иногда она просто необходима для утверждения в самостоятельной жизни. И наконец, нужно различать агрессивные чувства, которые всегда будут, и агрессивные поступки.

Второй момент, на который необходимо обратить внимание для более гармоничных отношений в семье, – это признание и принятие родственниками наличия у их близкого психического заболевания и тех ограничений, которые оно на него накладывает.

Очень важно не занижать и не переоценивать серьезность болезни. Ее признание и адекватная оценка позволяют опекунам правильно оценить возможности подопечного и не предъявлять к нему завышенных или заниженных требований.

Это способствует улучшению семейной атмосферы и снижению конфликтности, поскольку подопечный чувствует, что семья принимает его таким, какой он есть, а опекунам становится легче относиться с сочувствием и пониманием к его «неудобным» чертам. Кроме того, это позволяет больному человеку максимально использовать свой потенциал.

### **3.6. Тренинги по преодолению эмоционального выгорания опекунов**

Осуществлять уход за недееспособным (ограниченно дееспособным) гражданином подчас бывает очень сложно. В домашних условиях уход за такими больными, как правило, ложится на опекунов и родственников, которые подвергаются сильнейшему эмоциональному стрессу, постоянно наблюдая за тем, как деградирует близкий и любимый ими человек.

Неподготовленность и беспомощность опекунов и родственников в ситуации хронического стресса не только не помогут подопечному, но и самым негативным образом могут сказаться на состоянии их собственного здоровья.

Несколько приемов, которые помогают в уходе за подопечным:

- ☐ не забывайте, что вы ухаживаете за человеком – личностью, не лишенной чувств. Слова и поступки, как ваши, так и окружающих людей, могут обеспокоить больного, причинить ему обиду;

- ☐ воздерживайтесь от обсуждения состояния подопечного в его присутствии или от критических замечаний в его адрес;

- ☐ воздерживайтесь от конфликтов. Любой конфликт приводит к ненужному стрессу для вас и для подопечного. Не привлекайте внимания подопечного к его неудачам и пытайтесь сохранять спокойствие. Желательно переключить внимание подопечного на другой вид активности, который ему еще доступен. Проявлением гнева или огорчения вы лишь ухудшите ситуацию. Помните : виновата болезнь, а не человек;

- ☐ не спорьте с подопечным – это только усугубит ситуацию;

- ☐ не командуйте подопечным, не говорите ему, что ему нельзя делать. Вместо этого следует сказать, что ему можно делать;

- ☐ давайте простые задания;

□ сохраняйте чувство юмора. Старайтесь смеяться вместе с подопечным (но не над ним!). Юмор часто отличным образом избавляет от стресса;

□ поощряйте спортивные занятия и физические упражнения, полезные для здоровья. Физические упражнения позволяют во многих случаях на некоторое время поддержать функциональные способности подопечного, хотя за рекомендациями по характеру и сложности упражнений лучше всё же обратиться к специалистам. Если до болезни человек любил работать в саду или на даче, ему может доставить удовольствие использование сохранившихся навыков.

Заболевание подкрадывается незаметно, определить его начало и отличить его от так называемой старческой забывчивости, которой страдает огромное количество взрослых людей, весьма сложно.

В процессе ухода за недееспособным (ограниченно дееспособным) совершеннолетним гражданином у опекуна, попечителя достаточно быстро происходит эмоциональное истощение, известное как синдром эмоционального выгорания.

Синдром хронической усталости лежит в основе многих психосоматических заболеваний, происхождение которых напрямую связано с состоянием души человека. Под действием этого опекуны недееспособных вскоре приобретают ряд таких деформаций, как негибкость мышления, излишняя прямолинейность, поучающая манера говорить, чрезмерность пояснений, мыслительные и речевые стереотипы, авторитарность и т.д.

Для укрепления своего физического и психологического здоровья опекунам и попечителям рекомендовано использовать арт-терапию, то есть исцеление искусством.

Эмоциональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека.

Синдром эмоционального выгорания развивается постепенно.

**Проходит три стадии (Маслач, 1982) – три лестничных пролета в глубины профессиональной непригодности:**

**первая стадия** – начинается приглушением эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний; опекун неожиданно замечает: вроде бы всё пока нормально, но...скучно и пусто а душе; исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстраненность в отношениях с членами семьи, подопечным, возникает состояние тревожности, неудовлетворенности; возвращаясь домой, всё чаще хочется сказать: «Не лезьте ко мне, оставьте в покое!»;

**вторая стадия** – возникают недоразумения при общении с клиентами на работе, в кругу близких и родных возникает неприязнь – вначале это с трудом сдерживаемая антипатия, а затем и вспышки раздражения, в том числе проявление вспышек агрессии по отношению к подопечному. Подобное поведение – это неосознаваемое самим опекуном проявление чувства самосохранения при общении, превышающем безопасный для организма уровень;

**третья стадия** – притупляются представления о ценностях жизни, эмоциональное отношение к миру «упрощается», человек становится опасно равнодушным ко всему, даже к собственной жизни; такой человек по привычке может еще сохранять внешнюю респектабельность, но его глаза теряют блеск интереса к чему бы то ни было, и почти физически ощутимый холод безразличия поселяется в его душе.

### **Тренинги по преодолению эмоционального выгорания.**

Способы физиологической саморегуляции:

- ☐ различные движения потягивания и расслабления мышц;
- ☐ посещение бассейна, тренажерного зала, занятия йогой и т.д.;
- ☐ релаксация – это метод, с помощью которого можно частично или полностью избавляться от физического или психического напряжения.

Естественные способы регуляции организма:

- длительный сон;
- вкусная еда;
- общение с природой и животными;
- движение;
- танцы;
- музыка;
- баня, сауна, массаж;
- горячая ванна с пеной;
- SPA-процедуры.

Способы эмоциональной саморегуляции:

- смех, улыбка, юмор;
- размышления о хорошем, приятном;



- рассматривание цветов в помещении, пейзажа за окном, фотографий, других приятных или дорогих вещей;
- мысленное обращение к высшим силам (Богу, Вселенной, великой идее);
- «купание» (реальное или мысленное) в солнечных лучах;
- вдыхание свежего воздуха;
- чтение стихов;
- высказывание похвалы, комплиментов кому-либо просто так;
- занятие любимым делом – хобби.

Для укрепления своего физического и психологического здоровья опекуны и попечители могут также использовать арт-терапию, то есть исцеление искусством. Арт-терапия позволяет освободиться человеку от зажимов, расслабиться, снять запреты, быть свободным. В таком состоянии возврата к самому себе и черпаются силы для дальнейшего творческого подъема.

Пример арт-терапевтического упражнения, которое вы можете применить самостоятельно при лечении депрессии, чтобы облегчить свое состояние.

Тренинговое упражнение.

Вам потребуется пластичный материал – пластилин, глина или тесто. Подумайте о проблеме, которая вас беспокоит. А теперь вылепите эту проблему. Поговорите с ней, выскажите ей всё, что хотите. А затем трансформируйте ее во что хотите. Можете просто смять в бесформенный комок, распластать в лепешку или вылепить что-то новое, во что превратится ваша проблема. Может быть, что-то красивое?

### **3.7. Организация школы опекунов и попечителей.**

С целью улучшения качества жизни недееспособных (ограниченно дееспособных) граждан, обеспечения данной категории лиц доступной среды жизнедеятельности и повышения качества социального обслуживания населения, в учреждениях должны работать школы опекунов и попечителей.

Организация Школы предусматривает создание условий, при которых опекуны могли бы получить базовые юридические, социально-медицинские, психологические, коммуникативные и информационные компетенции, овладеть практическими навыками и приемами в данном направлении.

В рамках оказания социально-педагогической услуги опекуны и попечители будут обучаться проведению реабилитационных мероприятий, навыкам ухода за подопечными, в том числе утратившими способность к самообслуживанию.

Цель: достижение оптимально возможного уровня жизни и социальной адаптации подопечного в привычной для него домашней обстановке в окружении семьи.

Задачи:

- информирование опекунов об общих характеристиках института опеки и попечительства и основах законодательства в сфере опеки и попечительства;

- ознакомление опекунов и попечителей с основами геронтологии и специфическими проблемами здоровья подопечных;

- обучение опекунов, осуществляющих уход за подопечными:

- психологическим аспектам, связанным с вопросами организации ухода и разрешением семейных конфликтов, профилактики стрессовых состояний;

- принципам общего ухода:

- методам контроля за изменениями состояния здоровья подопечных;

- профилактике осложнений (пролежней, пневмоний, контрактур);

- личной гигиене и биомеханике тела;

- правилам питания и кормления и т.д.;

- основам реабилитации при различных функциональных нарушениях.

Уход за подопечными – это не только физически, но и психологически сложная работа. Во время ухода за такими людьми важно понимать, что все возникающие негативные эмоции могут быть направлены на опекуна, но это не значит, что он не справится со своими обязанностями. Уход за подопечным (в той или иной степени) будет необходим каждому человеку, которому поставили такой диагноз, как недееспособность. В первую очередь ухаживать за больным приходится родственникам. И это усугубляется тогда, когда подопечный больше не может адекватно реагировать на происходящее, что бывает при нарушении функций головного мозга или при ограничении передвижений. Ввиду того, что подопечный мало или совсем не двигается, у него могут возникнуть: проблемы с кожей; проблемы с сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной системами; атрофия мышц, нарушение нормальной функциональности суставов. Из этого следует, что, помимо полноценной заботы, уход за подопечным предусматривает еще и профилактику появления и развития перечисленных выше осложнений,

которые могут усугубить его состояние. Как в таком случае поступать родственникам и опекунам?

Одни люди вынуждены увольняться с работы, чтобы выполнить свой долг перед родным человеком, другие прибегают к услугам сиделки. При уходе за лежачими подопечными сиделка должна обладать специальными медицинскими знаниями и иметь психологический настрой, а также безграничное терпение и выдержку.

Проблемы, с которыми сталкиваются родственники и опекуны, когда требуется уход за подопечными:

- ☐ недостаток психологических знаний о поведении, характере и способах общения;
- ☐ необходимость иметь свободный рабочий график или работать в шаговой доступности от дома;
- ☐ нехватка времени, так как при уходе за подопечным нужно почти всегда находиться дома. На плечи родственника или опекуна ложится вся тяжелая домашняя работа, часто монотонная и однообразная;
- ☐ появление новых обязанностей патронажной сестры, освоение и применение новых знаний и навыков;
- ☐ налаживание адекватного контакта с подопечным. Бывает трудно понять тревожность и внутренний дискомфорт подопечного, который к тому же часто обладает тяжелым характером;
- ☐ ограничение собственного общения с другими из-за отсутствия свободного времени или неудовлетворительных условий проживания;
- ☐ возникновение проблем личного характера: плохие взаимоотношения между членами семьи, ухаживающим и больным, неважное здоровье, одиночество;
- ☐ неудовлетворительные жилищные условия могут только усугубить общие проблемы.

На занятиях в Школе опекуны знакомятся с основами законодательства в сфере опеки и попечительства, с особенностями распоряжения имуществом опекаемого. Опекуны получают информацию и медицинские консультации по вопросам реабилитации подопечных, имеющих серьезные ограничения жизнедеятельности, усваивают навыки ухода за ними с учетом имеющихся заболеваний.

## **Нормативные правовые акты**

1. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 года.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 года.
3. Федеральный закон от 24.04.2008 года № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве».
4. Федеральный закон от 28.12.2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
5. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» .
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2010 года № 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».
7. Приказ Министерства социальной политики Свердловской области № 568 от 02.12.2021 года «О реализации мероприятий по осуществлению отдельных полномочий территориальных отраслевых исполнительных органов государственной власти Свердловской области-управлений социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».